FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N° 832

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Alexandre VANETTI

né le 5 juin 1932 à PARIS (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le

TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM DU SIGMOIDE

A PROPOS D'UNE SERIE DE 80 CAS

Président : Monsieur J. PATEL, *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964 — **THÈSE** — N° _

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Alexandre VANETTI

né le 5 juin 1932 à PARIS (Seine)

Interne des Hôpitaux de Paris

Aide d'Anatomie à la Faculté

Présentée et soutenue publiquement le

TUMEURS VILLEUSES DU RECTUM DU SIGMOIDE

A PROPOS D'UNE SERIE DE 80 CAS

Président : Monsieur J. PATEL , *Professeur*

EDITIONS A.G.E.M.P. - 8 RUE DANTE - PARIS V°

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK - LEIDEN -

15-12-1963

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Gaston CORDIER.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
— —	DOGNON (A.)
— —	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Gérontologie expérimentale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
— —	BRICAIRE (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	GAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Biochimie médicale	DESGREZ (P.) / POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) / GOUGEROT (L.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
Cliniques chirurgicales — Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Cliniques chirurgicales — Cochin	LEGER (L.)
Cliniques chirurgicales — Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Cliniques chirurgicales — Pitié	CORDIER (G.)
Cliniques chirurgicales — Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Cliniques chirurgicales — Salpêtrière	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales — Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales — Broussais	MILLIEZ (P.)
Cliniques médicales — Broussais	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales — Cochin	BROUET (G.)
Cliniques médicales — Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Cliniques médicales — Lariboisière	SÈZE (S. de)
Cliniques médicales — Pitié	DREYFUS (G.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Cliniques médicales — Saint-Antoine	BOUDIN (G.)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Foch (Suresnes)	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
— — (Cochin)	OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	N...
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	PADOVANI (P.)
Séméiologie médicale	DOMART (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F.)
Séméiologie traumatique et orthopédique	JUDET (R.)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
Médecine	LAMBLING (A.)
Médecine	LHERMITTE (F.)
Médecine	PEQUIGNOT (H.)
Médecine	PERRAULT (M.)
Médecine	SIGUIER (F.)
Médecine	WORMS (R.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

	MM.
Pathologie chirurgicale	BARCAT (J.) BINET (J.-P.) BLONDEAU (Ph.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DAUTRY (P.) DEMIRLEAU DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GALEY (J.-J.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) GAUDART-d'ALLAINES (Cl. de) GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MAILLARD (J.-N.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) PREMONT (M.) ROBERT (H.) THOMERET (G.) VAYSSE (J.)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Pathologie expérimentale	BERTHAUX (P.) COTTENOT (Fr.) LŒPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) PAUPE (J.-R.)
Pathologie médicale	ACAR (J.) AUQUIER (L.) AUSSANNAIRE (M.) BEAUMONT (J.-L.) BERNIER (J.-J.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CANIVET (J.) CARLOTTI (J.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) CLOAREC (M.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) DEBRAY (J.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) FUNCK-BRENTANO (J.-L.) GRIVAUX (M.) HAZARD (J.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAGRUE (G.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NENNA (A.) NICK (J.) POULET (J.) ROYER (P.) TCHERDAKOFF (Ph.) THIBAULT (Ph.) TOURNEUR (R.) VILLIAUMEY (J.) WOLFROMM (R.)

	MM.
Pédiatrie-Puériculture	ALAGILLE (D.) ALISON (J.) CANLORBE (P.) GORIN (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) LESTRADET (H.) MALLET (R.) MANDE (K.) MINKOWSKY (A.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) REY (J.) RIBIERRE (M.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.)
Physiologie	BARRES (G.) DURAND (J.) GIRARD (Fr.) m. conf. HUGELIN (A.) LAURENT (D.) SCHERRER (J.) pr. s. ch. VASSEUR (B.)
Physique médicale	CHANTEUR (J.) COURSAGET (J.) GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PAGÈS (J.-Cl.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C. pr. s. ch. TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo phtisiologie	DECROIX (G.) ISRAEL (L.) MEYER (A.) RENAULT (P.) SORS (Ch.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Radiologie médicale	DUBOST (J.) LEFEBVRE (J.) MICHEL (J.-R.)
Rhumatologie	MASSIAS (P.)
Stomatologie	CAUHEPE (J.) CERNEA (P.) CHAPUT (Mme A.) m. c. agr. CREPY (Cl.) FLEURY (R.) GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) FOUET (P.) LABET (R.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

II. -- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAITRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) HUREAU (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), pr. s. ch. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)
Anesthésiologie	N. du BOUCHET (Mme) KERN (E.) VOURC'H (G.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) DAGUET (G.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	BAULIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) pr. s. ch. CORNILLOT (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) JEROME (H.) KRUH (J.) LEGRAND (J.-Cl.) NORDMANN (J.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F.)
Biologie médicale	BENHAMOU (J.-P.) BOIVIN (P.) HARTMANN (L.) pr. s. ch.
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)
Cardiologie	HATT (P.-Y.)
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.) HEWITT (J.) TOURAINE (R.)
Electro-Radiologie	HEITZ (F.) m. conf. LEDOUX-LEBARD (G.)
Embryologie	ROUX (Ch.)
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. DA LAGE MAROIS (M.) RACADOT (J.) SCHRAMM (B.)

	MM.
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)
Hygiène	BLANCHER (G.) CORRE-HURST (Mme L.) ROUSSEL (A.) SAPIN-JALOUSTRE (H.)
Maladies infectieuses	DUPONT (V.) LISSAC (J.) RAPIN (M.)
Maladies métaboliques	ANTOINE (B.) CROSNIER (J.) RICHET (G.) SEBAOUN (J.)
Médecine légale	BOURGUIGNON (A.) FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)
Médecine du travail	ALBAHARY (C.)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)
Neuro-Psychiatrie	CAMBIER (J.) CATHALA (H.) ESCOUROLLE (R.) GAUTIER (J.-Cl.) LAPRESLE (J.) LEREBOULLET (J.) PICHOT (P.) TARDIEU (G.)
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) LEWIN (D.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) TCHOBROUTSKY (Mme C.) THOYER-ROZAT (J.)
Ophtalmologie	AUVERT (Mme B.) BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) FONTAINE (Mme M.) SARAUX (H.)
Orthopédie	DUPARC (J.) MAURER (P.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.) SERGENT (H.)
Parasitologie	GOLVAN (Y.) HO THI SANG (Mlle) LAPIERRE (J.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.) MORIN (P.)
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE — BOLTANSKI (E.), LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents,

A ma Femme,

A Monsieur le Professeur Jean PATEL

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de l'Hôtel Dieu,
Officier de la Légion d'Honneur

Il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour tout ce qu'il nous a enseigné et la bienveillante indulgence qu'il nous témoigna.

A Monsieur le Docteur Alain MOUCHET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien du Centre Médico-Chirurgical Foch

Inspirateur de cette thèse, il nous a permis par son dynamisme, son enseignement, les conseils qu'il nous a prodigués, de mener à bien ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond dévouement.

A Monsieur le Professeur Félix POILLEUX

Professeur de Clinique Chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital Broussais

Son sens du devoir, son enseignement restent pour nous un exemple.

Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression de notre gratitude et de notre sincère attachement.

A Monsieur le Professeur Agrégé Claude HOUDARD

Chirurgien de l'Hôpital Rothschild

Nous lui devons notre vocation.

En témoignage de notre profonde admiration et de notre sincère dévouement.

A Monsieur le Professeur Charles DEBRAY

Professeur de Clinique Médicale
Médecin de l'Hôpital Bichat

qui nous accueillit avec bienveillance.

En témoignage de respectueuse reconnaissance.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris,

EXTERNAT :

Professeur F. POILLEUX (Mai 1955-1956)
Professeur CACHIN (Mai 1956- Nov. 56)
Professeur MOREAU (Nov. 56- Mai 57)
Docteur MICHON (Mai 57-Nov. 57)
Professeur CAROLI (Nov. 57-Mai 58)

INTERNAT :

Docteur H. LE BRIGAND (Nov. 60-Mai 61)
Professeur C. OLIVIER (Mai 61-Nov. 61)
Professeur J. PATEL (Nov. 61 - Mai 62)
Professeur M. ROUX (Mai 62-Nov. 62)
Docteur A. MOUCHET (Nov. 62-Mai 63)
Professeur F. POILLEUX (Mai 63 - Nov. 63)
Professeur J. MATHEY (Nov. 63-Mai 64)
Docteur J. HEPP (Mai 64-Nov. 64)

A Monsieur le Professeur A. DELMAS

En témoignage de notre gratitude.

A Messieurs les Professeurs et Docteurs qui nous firent profiter de leur expérience.

En témoignage de reconnaissance.

EXTERNAT :

Docteur DUFOUR - Chirurgien des Hôpitaux,
Docteur DELINOTTE,- Chirurgien des Hôpitaux,
Docteur LEGRAIN - Médecin des Hôpitaux,
Docteur PICARD - Médecin des Hôpitaux,
Docteur PERGOLA
Docteur PARAF

INTERNAT

1960 - Docteur J. FAURE

1961 - Professeur Agrégé GARBAY
Professeur Agrégé LATASTE
Professeur Agrégé CORMIER
Docteur RETTORI - Chirurgien des Hôpitaux
Docteur LANGEPIN

1962 - Docteur ARSAC
Docteur MARQUAND
Docteur J.P. GARCIN

1963 - Docteur C. FRILEUX - Chirurgien des Hôpitaux,
Docteur H. LARRIEU - Chirurgien des Hôpitaux,
Professeur Agrégé J.B. BINET
Professeur Agrégé J.J. GALEY
Docteur J. AIGUEPERSE - Chirurgien des Hôpitaux,
Docteur Y. DUBOIS, - Assistant des Hôpitaux,
Docteur G. LEMONE

1964 - Professeur Agrégé MERCADIER
Docteur MOREAUX - Chirurgien des Hôpitaux,
Docteur PERNOD - Chirurgien des Hôpitaux,

A mes Conférenciers :

Docteurs BLONDEAU, RAPIN, MILOCHEVITCH,

Docteurs RETTORI, CHARTIER

A mes Collègues de l'Internat

A mes Amis

Jacques DELAMARE

Yves MONAT

Claude VALETTE

INTRODUCTION

Tumeurs rares, puisqu'elles ne représentent que 1,4 % des tumeurs coliques et 2,3 % des tumeurs rectales, les tumeurs villeuses ont cependant acquis une invididualité propre.

A propos de 80 tumeurs rectales et sigmoïdiennes, dont nous nous proposons d'étudier les différents caractères cliniques et anatomiques, nous essaierons de dégager les indications respectives des diverses méthodes de traitement telles qu'elles se posent au chirurgien.

La localisation rectale et recto-sigmoïdienne, la possibilité de dégénérescence, la difficulté des lectures histologiques, les limites à donner aux exérèses, sont des problèmes d'autant plus difficiles à résoudre que les statistiques importantes sont rares comme le sont ces tumeurs.

Cette statistique rassemble les observations recueillies ces dix dernières années dans les services des Professeurs J. PATEL, F. POILLEUX, le Docteur A. MOUCHET, le Professeur Agrégé C. HOUDARD, le Professeur Ch. DEBRAY a bien voulu nous confier trois cas personnels.

Le cas le plus ancien remonte à 1948, le plus récent à 1963. La plupart des malades vivants actuellement ont été revus, les autres ont répondu à un questionnaire détaillé.

oOo

HISTORIQUE

- Si ROKITANSKY parle le premier de polype villeux, si la première observation rapportée est celle de QUAIN en 1864, si en 1894 Quenu, Landel, Hartmann individualisent cette entitée anatomo-clinique, la thèse de Lambling en 1928 s'appuyant sur 37 observations inspirée par Bensaude, constitue le premier travail d'ensemble clinique et anatomo-pathologique.

- Depuis, les publications se sont succédées tant en France qu'à l'étranger, parmi lesquelles, il faut citer :

. En 1948 : Sunderland et Binkley : 48 observations,

. en 1957, Moran : 32 observations

. en 1958, Wheat et Ackerman : 50 observations

. en 1958, l'importante statistique de Grinnel et Lane portant sur 1856 tumeurs bénignes tant adénomes que tumeurs villeuses celles-ci au nombre de 246.

. en 1958, également la statistique de Shapiro sur 134 observations.

. Plus récemment Dreese et Gradinger rapportent 41 tumeurs villeuses.

En France, la mise au point thérapeutique de d'Allaines et Dubost en 1948.

La statistique de Mouchet sur 25 cas, que nous reprenons ici-même enrichie de 22 cas nouveaux depuis 1959.

Sénéque et Chatelin envisagent en 1958 le problème des T.V. coliques.

En 1961, à la Société Nationale de Proctologie sont discutés les problèmes des tumeurs adénomateuses et villeuses du colon et l'on notera l'étude histopathologique de Tourneux et Tourneur-Favre.

L'histophotométrie de Laumonier, le point de vue thérapeutique du proctologue exposé par Poirier, et celui du chirurgien par Houdard.

- Parmi les thèses récentes, celle de Lombard Platet fait une revue de la question à propos de 20 cas.

- A côté de ces formes classiques, furent individualisés en 1954 par Mac Kittrick des tumeurs avec pertes liquidiennes importantes entraînant des désordres hydro-électrolytiques majeurs. Plusieurs auteurs ont depuis publié des cas isolés. Le premier cas français publié fut celui de Domart et Poilleux que nous citerons ainsi que celui plus récent de Debray et Hardouin.

- GENERALITES - CLASSIFICATION

La première difficulté fut de choisir une nomenclature. En effet, si les caractères macroscopiques et classiques de ce type de tumeur sont bien connus, si on les considère comme une entité anatomoclinique différente de l'adénome d'une part, du cancer habituel d'autre part, s'il est également classique de dire qu'elles ont une propension marquée à la dégénérescence, par contre, les critères de dégénérescence donc les classifications des divers auteurs ne vont pas de pair.

Lambling distinguait :

- les tumeurs villeuses bénignes,

- les tumeurs secondairement dégénérées,

- les tumeurs villeuses dendritiques d'emblée malignes, d'ailleurs beaucoup plus rares.

Wheat et Ackerman distinguent 4 types de T.V.

- Groupe I - T.V. totalement bénigne,

- Groupe II - T.V. avec atypies cellulaires,

- Groupe III - carcinome in situ

- Groupe IV - carcinome évasif c'est-à-dire avec franchissement de la musculaire muqueuse.

Moran adopte une classification très voisine :

- forme bénigne
- carcinome in situ
- carcinome superficiel
- carcinome invasif

La classification de Shapiro distingue 3 groupes :

- Groupe I : T.V. bénigne
- Groupe 2 - T.V. sans caractère invasif,
- Groupe 3 - carcinome invasif.

Grinnel et Lane estiment ces classifications trop complexes trop difficiles à utiliser. Ils opposent aux tumeurs dégénérées avec envahissement au delà de la musculaire muqueuse, les autres tumeurs qu'ils appellent bénignes.

Certes, la muscularis muscosae est une ligne de démarcation variable,et si d'une part on trouve la malignité, aisée à reconnaître au microscope, de l'autre côté, on trouve des formes plus ou moins individualisées selon les auteurs qui y voient souvent des formes de transition de la bénignité franche à celle plus douteuse, avant d'en arriver à la suspicion plus ou moins nette.

A la lecture de nos comptes rendus histologiques, deux groupes nous sont apparus bien individualisés.

- celui des T.V. bénignes, que la bénignité soit franche ou qu'il y ait quelques atypies, une tendance à la stratification, des mitoses plus nombreuses.

- celui des T.V. malignes ou dégénérées indiscutables, invasives.

Entre les deux nous avons individualisé un groupe important de tumeurs avec ce critère de suspicion plus ou moins rigoureusement affirmé et partant des indications thérapeutiques parfois différentes.

Cependant, même s'il s'agit de "forme pré-néoplasique" de dégénérescence limitée, nous avons été frappé par l'absence de pénétration en profondeur avec respect de la musculaire muqueuse. Ce groupe que l'on peut assimiler au stade III d'Ackerman ou de Carcinome in situ, nous a semblé devoir être distingué des précédents.

Nous envisagerons donc :

- les T.V. bénignes, Groupe A - 38 observations.

- les T.V."suspectes" Groupe B - 15 observations.

- les T.V. dégénérées - Groupe C - 16 observations.

Nous avons isolés :

- 2 cas associant une tumeur bénigne, une tumeur maligne.

- 7 cas d'association avec un cancer colique ou rectal.

- 2 cas avec troubles hydro-électrolytiques majeurs.

Soit au total :

- 39 T.V. bénignes - 48,7 %

- 16 T.V. suspects - 20 %

- 18 T.V. dégénérées - 22,5 %

- 7 T.V. + cancer - 8,7 %

oOo

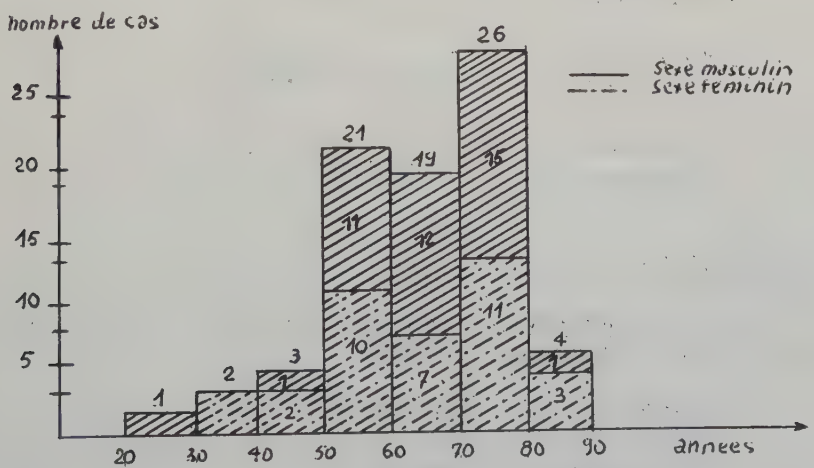
ETIOLOGIE

AGE -

La tumeur villeuse se rencontre quasi-exclusivement chez l'adulte et le vieillard.

Le maximum de fréquence se situe de 50 à 80 ans (82,5 %) avec une prédominance de 70 à 80 ans (32,5 %), puis de 50 à 60 ans (26,2%) et de 50 à 70 ans (23,7 %)

Le tableau I donne le nombre de cas par décades avec la proportion respective des sexes.



Tab 1.

La moyenne d'âge sur l'ensemble des tumeurs est de 63,6 ans ce qui correspond à celui des différentes statistiques,

- Grinnel 61,9 ans avec des extrêmes 17-87

- Ackerman : 62,7 ans
- Dresse - 63 ans
- Moran - 46 ans (32 cas)

La moyenne d'âge des tumeurs du groupe A c'est-à-dire bénignes est de 60,9, celle des tumeurs dégénérées (C) de 65 ans, celle des tumeurs suspectes (B) de 67 ans. Il existe donc un gradient d'âge assez net dans notre statistique entre les tumeurs certainement bénignes et les suspectes et les dégénérées.

Les âges extrêmes sont 27 ans (tumeur villeuse du groupe A) et 89 ans (tumeurs villeuse du groupe B) .

SEXE -

La répartition est à peu près égale avec une légère prédominance masculine (43 hommes soit, 53,7 %, contre 37 femmes : 46,2 %

Cette prédominance masculine paraît habituelle et est signalée dans la plupart des statistiques. Grinnel et Lane cependant notent une légère prédominance féminine 55 % .

La répartition est à peu près équivalente dans les trois groupes

- 17 femmes,)
- 21 hommes) dans le groupe A

- 8 femmes)
- 8 hommes) dans le groupe C

- 6 femmes)
- 9 hommes) dans le groupe B

FREQUENCE -

Elle est faible aux dires des divers auteurs, Sunderland relève 48 T.V. sur 3.356 tumeurs du côlon.

Bacon 28 T.V. sur 1.144 tumeurs du rectum et du sigmoïde

Pour Bertrand, les T.V. représentent 1,4 % des tumeurs du gros intestin, 2,3 % des tumeurs du rectum.

oOo

ANATOMIE - PATHOLOGIE

I - ASPECT MACROSCOPIQUE

SIEGE Il est le plus souvent rectal et sigmoïdien :

a) 94 tumeurs ont été dénombrées, chez 80 malades. Dans les groupes A, B, C on trouve :

- de 0 à 5 cm : 16 T.V. dont :
  - 7 bénignes (A)
  - 4 suspectes (B)
  - 4 dégénérées (C)
  - 1 bénigne associée à 1 dégénérée.
- de 6 à 10 cm : 37 T.V. dont :
  - 13 du groupe A
  - 9 du groupe B
  - 11 du groupe C
  - 1 dégénérée associée à une TV bénigne au delà de 18cm
  - 2 villeuses associées à un cancer,
  - 1 très étendue à 0 à 14 cm génératrice de troubles hydro-électrolytiques.
- de 11 à 14 cm, 18 T.V. dont :
  - 8 du groupe A
  - 3 du groupe B
  - 1 du groupe C
  - 5 T.V. associées à des cancers.
  - 1 de 12 à 15 cm avec troubles hydro-électrolytiques
- de 15 à 18 cm : 12 T.V. dont :
  - 7 du groupe A
  - 3 du groupe B
- Au delà de 18 cm, 11 T.V. dont 10 du groupe A
- La tumeur la plus haute était de 40 cm.

b) Pour les 2 T.V. bénignes et dégénérées associées :

. 1 fois existait une T.V. bénigne à 5 cm, avec la T.V. dégénérée à 18 cm.

. 1 fois la .T.V. bénigne était sus-jacente (18 cm) à la T. dégénérée (7 cm).

c) - Dans le groupe des T.V. avec troubles hydro-électrolytiques toutes deux sont rectales, l'une très étendue de 0 à 15 cm, l'autre de 12 à 15 cm de la marge anale.

d) - Enfin, dans le groupe des villeuses associées à un cancer, ce dernier est toujours sus-jacent à la tumeur. 5 fois il siège sur le rectum ou le côlon gauche, une fois sur le coecum, 1 fois sur l'angle colique droit.

e) - Au total : 75, 5 % des T.V. sont situées de 0 à 14 cm.

24, 4 % sont au delà de 15 cm.

56, 3 % siègent de 0 à 10 cm, c'est-à-dire dans la partie du rectum accessible à la chirurgie par voie basse.

e) - Le tableau 2 nous montre que si les T.V. du groupe A sont à peu près également réparties sur le rectum et le sigmoïde, celles du groupe B et C prédominent très nettement en nombre dans la partie basse de l'ampoule rectale. Il est à noter qu'aucune T.V. dégénérée (groupe C) ne siège au delà de 14 cm et que pour la majorité la limite supérieure est 10 cm.

	0 - 5cm	6 - 10cm	11 -14cm	15-18cm	au-dessus 18cm	Total T.V.	Total malades
Groupe A V.bénignes	7 (6)	13 (13)	8 7	7 (6)	10 6	45	(38)
Groupe B V.suspectes	4 (4)	9 (6)	3 3	3 (2)		19	(15)
Groupe C V. dégénérées	4 (4)	11 (11)	1 1			16	(16)
VB + VM	B 1(a)				1(b)	4	(2)
	M	1(b)		1 1(a)			
TV + K	TV	2	5	1		8	(7)
	K				5 + 1 K angle droit 1 k du ceocum		
TV + Troubles hydroélectro.		1				2	(2)
			1				
TOTAL	16	37	18	12	11	94	80
	71 TV pour 64 malades			23 TV pour 16 malades			

Tableau 2

- Cette prédominance rectale et recto-sigmoide est habituelle :

Lambling notait que 80 % des T.V. étaient situées entre 12 et 16 cm.

Sunderland ne trouve qu'une T.V. au delà de 15 cm.

Pour Bacon, 80 % des T.V. sont situées au-dessous du cul de sac de Douglas.

- Sur 21 T.V. coliques rapportées en 1958, par Sénèque et Chatelin :

. 17 étaient localisées au sigmoide
. 2 sur le coecum
. 2 sur le transverse

Si nous ajoutons ces 21 T.V. colique à nos 80 cas (94 T.V.) nous obtenons un total de 115 T.V. avec :

. 61,7 % de T.V. de 0 à 14 cm
. 34,7 % de T.V. sigmoïdienne
. 1, 7 % sur le transverse,
. 1, 7% sur le coesum.

FORME

On en distingue 3 types classiques :

- la T. pédiculée,
- la T. séssile
- la T. diffuse.

En commun cependant, l'aspect chevelu, velvétique avec des franges plus ou moins longues.

a) - Les T. pédiculées :

Le tableau 3 donne leur répartition en fonction du groupe A, B ou C de leur siège, et leur proportion par rapport aux tumeurs séssiles.

	A		B		C		TOTAL
	0-14	>15cm	0-14	>15cm	0-14	>15cm	
Pédiculée	17	9	4	3	7		40
Séssiles	11	8	12		9		40

Tableau 3

Nous avons autant de T.V. pédiculées que de T. séssiles ce qui n'est pas habituel. Toutes les statistiques soulignent la plus grande rareté des T. pédiculées, leur siège volontiers sigmoïdien (12 T.V. pédiculées sont retrouvées au delà de 15 cm contre 8 de 0 à 14 cm).

- Sur 216 T.V. Grinnel et Lane ne trouvent que 7,5 % de T.V. pédiculées.

- Delepierre et Soots sur 28 tumeurs, 11 pédiculées, 16 séssiles.

- Sénèque et Chatelin insistent cependant sur la relative fréquence des formes pédiculées (9 sur 21 observations)

Dans l'ensemble le pédicule des T.V. est plus large et plus court que celui des adénomes, encore que des pédicules longs peuvent être rencontrées : un des cas de Sénèque et Chatelin avait 10 cm On conçoit la mobilité de ces T.V., la difficulté de préciser exactement leur base d'implantation. Nous en avons 1 cas (obs. 58).

- La T.V. paraissait accessible par les voies naturelles. En fait on ne la trouva pas et après un nouveau lavement baryté qui la localisa plus haut, la T.V. fut extraite par voie abdominale. Le pédicule était long et la tumeur par son poids provoquait une invagination intermittente du côlon dans la partie haute de l'ampoule rectale.

Pour la majorité des auteurs, le péristaltisme intestinal est à la longue, générateur de pédicule, éventuellement de prolapsus et d'invagination.

b) -Les tumeurs séssiles

- Sont classiquement les plus fréquentes. Elles prédominent très nettement au niveau du rectum. Nous en avons relevés 32 de 0 à 14 cm contre 8 au delà de 15 cm.

- Leur aspect est caractéristique : végétations insérées côte à côte, rouges plus ou moins sombres, souvent recouvertes de mucus. Elles sont volontiers étendues, plus ou moins en saillie sur la muqueuse colique ou rectale voisine dont il est classique de rappeler le caractère strictement normal du moins lorsque la T.V. est bénigne.

- Parmi ces T.V. trois sont remarquables par leur étendue circonférentielle :

. 1 totalement circulaire et étendue de 0 à 15 cm et génératrice de troubles hydro-électrolytiques (obs. 79)

. 2 quasi circulaire (obs. 14 et 55).

- Volume :

L'absence de cotation chiffrées des T.V. a rendu cette évaluation approximative et "fruitière", le tableau 4 relève des volumes approximatifs en fonction du groupe des T.V., de leur aspect pédiculé ou sessile.

	Pois		Noisette Cerise Amande		Radis Beurre Noix		Mandarine Orange		Mandarine		Circonfer. Total ou 1/2	Pas de Précis.
	P	S	P	S	P	S	P	S	P	S		
TV A	2	5	7	2	6	3	2	3	1		2	9
TV B	2		2	1	3	2		2				7
TV C			1		4	1	1	3				6
TV bénigne TV Dégénérée												2
TV + K					1							6
TV av Tr.hydro électr.										1	1	
Total	4	5	10	3	13	6	3	8	1	1	3	30
	9		13		19		11		2		3	

Tableau 4

De cette évaluation très approximative, on peut cependant remarquer le volume relativement important des tumeurs dégénérées du groupe (C). Localisation rectale, volume plus important sont déja deux caractères anatomiques qu'il faut retenir pour ces T.V. dégénérées.

- Multiplicité :

a) Sur l'ensemble des observations des groupes A, B, C (69) :

1) 7 fois ont été constaté des T.V. multiples,
. 5 fois il s'agissait de T.V. du groupe (A)

(obs. 9) - 2 T.V. (l'une sigmoidienne à 17 cm, l'autre rectale à 5 cm)
(obs. 10) - 2 T.V. toutes deux rectales de 3 à 5 cm
(obs; 11) - 2 T.V. sigmoidiennes à 30 et 40 cm
(obs. 27) - 4 T.V. (3 sigmoïdiennes, 1 recto-sigmoïdienne à 15 cm)

(obs. 32) - 2 T.V. (rectale à 12 cm, sigmoïdienne à 19 cm)

- Deux fois les T.V. étaient du groupe (B)

(obs. 69) - 3 T.V. rectales de 6 à 10 cm (2 étaient en fait bénignes, 1 seule suspecte)
(obs. 59) 3 T.V. (2 rectales à 9 et 10 cm, 1 sigmoïdienne à 18 cm).

2) - 6 fois les T.V. furent découvertes simultanément,

3) - 1 fois (obs. 32) les 2 T.V. furent découvertes à 1 mois d'intervalle.:

"La malade (Mme DOR...) est opérée une première fois en mars 1963, pour une T.V. pédiculée du rectum à 12 cm. Exérèse par les voies naturelles. Le lavement baryté n'avait pas montré d'image tumorale. En avril 1963, des hémorragies font découvrir à la sigmoïdoscopie une T.V. à 19 cm dont on pratique l'exérèse simple par voie abdominale après colotomie."

b) - A ces 7 cas, il faut ajouter 2 observations de T.V. bénignes associée à une T.V. dégénérée :

-(obs. 67) - T.V. dégénérée rectale à 3 cm.
- T.V. bénigne à 40 cm

- (obs. 70) - T.V. dégénérée à 10 cm
- T.V. bénigne à 19 cm.

c) - Si l'on tient compte des 7 T.V. associées à 7 cancers, on trouve 16 T.V. associées soit 20 % du total. Chiffre proche de celui de Grinnel et Lane (26 %) et de Swinton (26 %)

- Si l'on exclut les 7 T.V. avec cancer, on obtient 11,25 % de T.V. multiples,

- Sur l'ensemble de la statistique 6,5 % des T.V. du groupe A sont multiples, contre 2,5 % du groupe B

- A l'intérieur des différents groupes par contre, on constate que sur 38 T.V. du groupe A, 5 sont multiples, alors que sur 16 T.V. du groupe B, 2 sont multiples ce qui donne dans les 2 cas (13,2 % d'association).

- Il est à noter qu'aucune T.V. dégénérée (C) n'est accompagnée d'une autre T.

II - ETUDE HISTOLOGIQUE

A - Etude analytique de la T.V. au stade de bénignité

a) L'élément de base de ces tumeurs est réalisé par la frange villeuse. Elle comprend un axe conjonctivo-vasculaire grêle et un revêtement épithélial.

- L'axe conjonctif est formé de fibrilles collagènes et d'une substance fondamentale lâche, contenant des capillaires plus ou moins distendus avec souvent des cellules plasmocytaires ou lymphocytaires lorsque des phénomènes inflammatoires viennent s'ajouter.

Typiquement cette villosité s'étend de la base de la tumeur jusqu'à son extrémité. On rencontre parfois entre la base des villosités et la muscularis muscosae une réaction adénomateuse, de structure intestinale, de dimensions normales ou hyperplasique avec micro-kystes. Cette réaction, fréquente pour Lambling, ne doit cependant pas être considérée comme un élément constitutif de l'architecture villeuse, et pour Bertrand elle ne paraît pas apporter d'éléments particulier au pronostic.

b) L'épithélium villeux borde l'axe conjonctivo-vasculaire.

- Dans les cas typiques il est constitué par une seule couche de cellule formant un revêtement continu très mince, mais avec forte de densité cellulaire donnant des aspects pseudo-pluristratifiés.

- Il se continue brusquement à la périphérie de la tumeur avec la muqueuse normale intestinale, la transition s'effectuant le plus souvent au niveau d'un cul de sac glandulaire particulièrement profond.

- Les cellules sont essentiellement de 2 types :

. la cellule caliciforme, la plus fréquente, identique à l'épithélium normal. Elle est cylindrique, présente tous les stades de l'activité secrétoire. Le noyau est basal, surmonté d'un calice ouvert ou fermé, renfermant du mucus en plus ou moins grande quantité.

Habituellement il n'y a pas de mitoses anormales, ni d'autres anomalies cellulaires.

. la cellule acidophile, est plus étroite, plus petite que la précédente, à protoplasme franchement acidophile, parfois un peu basophile ou amphobile.

En règle, aucune activité secrétoire, noyau dense, mitoses fréquentes. Ce type cellulaire peut être le seul constituant de l'épi-

thélium : c'est l'épithélium à cellules sombres.

- Souvent ces 2 types cellulaires sont intriqués à des degrés divers.

c) La muscularis mucosae sépare ces éléments de la couche musculaire qui est intacte. Dans les cas typiques, on la retrouve tout au long de la tumeur faite de petits faisceaux de fibres musculaires lisses. Elle peut être hyperplasique, oedématiée, infiltrée de cellules lymphocytaires ou plasmocytaires dans les formes infectées.

B - Critères de bénignité, de malignité, classification.

Ainsi définis, les caractères intrinséques de la polifération épithéliale doivent être maintenant envisagés.

a) Il faut tout d'abord souligner la nécessité d'un examen de la totalité de la tumeur ce qui, nous le verrons à propos de la biopsie n'est guère possible qu'après exérèse comprenant toute la base d'implantation.

b) Les critères de bénignité : c'est sur l'épithélium que l'on jugera :

- s'il est constitué de cellules calciformes normales, on parle de T. très différenciées

- souvent l'activité secrétoire est diminuée, les cellules sombres, les mitoses fréquentes mais qualitativement normales, un chorion inflammatoire, font dire indifférenciation plus ou moins intense.

- Ces 2 types peuvent s'associer réalisant des formes mixtes. Quoiqu'il en soit, ce sont des villeuses bénignes, la muscularis mucosae est intacte. Nous les avons classées dans le groupe (A)

B - Affirmer la malignité ou la dégénérescence d'une T.V. peut être aisé si l'on possède le critère absolu, qu'est le franchissement de la musculaire muqueuse par la prolifération épithéliale anaplasique ou non

La seule difficulté est de ne pas méconnaître cet envahissement en profondeur. C'est dire encore la nécessité d'un examen de toute la pièce. Nous avons classé ces T. dans le groupe (C)$;

D - Le problème le plus délicat est incontestablement posé par les T.V. qui tout en respectant la musculaire muqueuse présentent d des anomalies cytologique et architecturales qui les ont fait appeler cancer "in situ", épithélioma intra-muqueux ou intra-épithélial ou encore non invasif.

Ces tumeurs ne peuvent être individualisées que grâce à un groupement de signes associant :

- des anomalies cellulaires cytoplasmiques et nucléaires. Mitoses nombreuses surtout qualitativement anormales (tri ou pluri polaires) orientées perpendiculairement à la vitrée basale, avec monstruosités surtout nucléaires (nucléoles multiples, monstrueuses, hyperchromasie, etc...) réalisant une stratification vraie et désordonnée.

- des modifications du chorion souvent transformé en stroma par la sclérose.

En fait, et la plupart des auteurs sont d'accord, ces épithéliomas intra-muqueux ne doivent pas être considérés comme des cancers, terme qui doit être réservé aux seules tumeurs envahissant la musculaire muqueuse. Nous avons individualisé ces formes, dénommées fréquemment tumeurs suspectes par l'anatomo-pathologiste, dans le groupe (B). Les traitements qui leur furent opposés furent souvent ceux que l'on aurait pratiqué pour des tumeurs dégénérées bien que certains auteurs paraissent convaincus de leur guérison par une thérapeutique plus limitée.

E - Le problème de la malignité éventuelle des TV reste donc au centre des préoccupations de l'anatomo-pathologiste et du thérapeute :

Il semble certain que l'évolution de la malignité soit un risque majeur dans les T.V.

Dans le groupe de T.V. récidivées, 3 fois celle-ci se fit sur un mode malin alors que la tumeur primitive était bénigne.

(Obs. 33) "T.V. à 5 cm bénigne (A), traitée par radiothérapie de contact, récidive 6 mois plus tard sous forme d'une tumeur bourgeonnante à 5 cm".

(Obs. 35) - "T.V. à 7 cm bénigne (A). Exérèse par les voies naturelles. Récidive 18 mois plus tard au même endroit. Plusieurs biopsies pratiquées répondent : T.V. suspecte. L'étude de la pièce après amputation abdomino-périnéale conclue à un épithélioma non invasif. Recul 5 ans 5 mois."

- (Obs. 37) - "T.V. à 7 cm, bénigne (A). Résection recto-sigmoïdienne avec anastomose à 3 cm de l'anus. 5 ans plus tard récidive juste au-dessous de la cicatrice de l'anastomose. Histologie : image de polyadénome faisant brusquement suite à un épithélioma papillaire et végétant pénétrant la musculeuse".

La fréquence de la dégénérescence des T.V. est souligné par tous les auteurs. Elle est beaucoup plus grande que pour les adénomes.

Elle achève de donner aux T.V. une individualité certaine entre les T. bénignes type adénomes et les cancers proprement dits.

oOo

ETUDE CLINIQUE

Seront étudiées successivement :

- l'ancienneté des symptômes,
- les différents symptômes,
- les résultats de l'examen clinique,
- les examens complémentaires nécessaires.

I - ANCIENNETE DES SYMPTOMES AVANT LA DECOUVERTE DE la T.V.

- Pour le Groupe A

- 9 T.V. ne furent diagnostiquées qu'après 2 à 3 ans, de symptomatologie,

- 6 T.V. après 3 mois, la plus précocement reconnue le fut après 8 jours,

- 4 T.V. après 7 à 12 mois,

- 2. T.V. après 1 à 2 ans

- 5 T.V. après 5 ans dont 4 présentaient depuis 10 ans des manifestations fonctionnelles.

- 1 T.V. après 3 à 4 ans.

- Soit 50 % de T.V. furent diagnostiquées de 1 mois à 1 an (sur l'ensemble des 38 T.V.)

- et en moyenne 25 mois.

- Pour le Groupe B =

- 4 T.V. furent diagnostiquées après 3 mois,

- 1 T.V. après 4 à 6 mois

- 4 T.V. après 7 à 12 mois
- 2 T.V. après 2 à 3 ans
- 2 T.V. après 3 à 4 ans.

soit 56 % de T.V. diagnostiquée après de 1 mois à 1 an de symptomatologie, et en moyenne 10 mois.

- Pour le Groupe C :

- 2 T.V. après 3 mois
- 2 T.V. de 4 à 6 mois
- 4 T.V. de 1 à 2 ans
- 1 T.V. de 2 à 3 ans
- 1 T.V. de 4 à 5 ans
- 1 T.V. au delà de 5 ans.

soit 25 % de T.V. diagnostiqué après de 1 mois à 1 an de symptomatologie, en moyenne 21 mois.

Les T.V. dégénérées paraissant donc se révéler volontiers tardivement encore que la durée moyenne des symptômes soit assez équivalentes dans les groupes A et C. Les T.V. du groupe B seraient reconnues plus précocement.

Pour les T.V. associées à des cancers, la symptomatologie était présente depuis 7 mois à 2 ans dans 4 cas. Une fois elle existait depuis 3 à 4 ans, ce qui laisse supposer qu'elle était au début en rapport avec la T.V. (A) et que le cancer n'est apparu que secondairement.

- (Obs. 78) - M. GEI...

En 1960 résection de 3 polypes rectaux. 3 ans plus tard récidive de la T.V. avec rectorragies. Découverte sur le lavement baryté d'un cancer sténosant du transverse droit.

- Si l'on considère uniquement la localisation :

. pour les T.V. de 0 à 14 cm :

. 22 furent découvertes après 1 an de troubles, 24 après 1 à 10 ans.

dont 36 furent diagnostiquées après 0 à 3 ans de troubles, soit 78 % des T.V. rectales.

	0 - 3 mois		4 - 6 mois		7-12 mois		12m - 2 ans		2 - 3 ans		3 - 4 ans		4 - 5 ans		5 ans		Sans Préc.	Total
R = 0 - 14 cm Σ = > 14 cm	R	Σ	R	Σ	R	Σ	R	Σ	R	Σ	R		R		R			
A	5	1			3	1		2	6	3	1				3 (2 à 10 m.)	2 (à 10 a)	11	38
B	3	1	1		4				2		2						2	15
C	2		2				4		1				1		1 (7ans)		5	16
V bénignes & V malignes				1	1													2
V + K					1	1		2			1						1	7
V + Troubles Hydro-électr.									1				1					2
	10	2	3	1	9	2	4	4	10	3	4		2		4	2		
	12		4		11		8		13		4		2		6		19	80

TABLEAU 5

Délai entre le début des symptômes et le diagnostic en fonction des différents groupes de TV et de leur localisation

- Pour les T.V. au delà de 15 cm :

. 12 furent diagnostiquées après 0 à 3 ans de troubles.
. contre 2 après plus de 5 ans de troubles.

Soit 85 % de T.V. recto sigmoïdiennes et coliques diagnostiquées de 0 à 3 ans.

- Pour l'ensemble des T.V. :

- 15 % furent diagnostiquées après 0 à 3 mois
- 5 % furent diagnostiquées après 4 à 6 mois
- 13,75 % furent diagnostiquées après 7 à 12 mois
- 10 % furent diagnostiquées après 1 à 2 ans
- 16,2 % furent diagnostiquées après 2 à 3 ans
- 5 % furent diagnostiquées après 3 à 4 ans
- 2,5 % furent diagnostiquées après 4 à 8 ans
- 7,5 % furent diagnostiquées au delà de 5 ans (jusqu'à 10 ans)

Soit
· 33,75 % des T.V. diagnostiquées après 1 an
· 43,75 % des T.V. diagnostiquées après 2 ans
· 59,95 % des T.V. diagnostiquées après 3 ans.

La durée moyenne des symptômes avant le diagnostic pour l'ensemble des T.V. est de 27 mois, 7

Notre statistique "s'étale" donc beaucoup plus que celle de Grinnel et Lane qui admettent une ancienneté de symptomes de 13 à 20 mois. Elle est plus proche de celle de Wheat et Ackerman qui donnent comme délais extrêmes 2 jours et 15 ans avec en moyenne 29,7 mois.

II - SYMPTOMATOLOGIE

A - Hémorragies

Elles constituent un symptôme révélateur fréquent.

a) - Dans le groupe A des T.V. bénignes, sur 38 malades, 31 présentaient des hémorragies, soit 81 %. Ce sont dans la majorité des cas des hémorragies de sang rouge peu abondantes, se répétant volontiers, mais sans rythme particulier, 3 fois cependant elles furent assez abondantes et révélatrices.

- (Obs. 24) - C'est une hémorragie abondante, 8 jours plus tôt qui motiva la consultation et fit découvrir la T.V.

- (Obs. 28) - Ce sont des hémorragies répétées qui ouvrent la scène et conduisent à l'examen qui découvra la T.V. (1 mois 1/2).

- (Obs. 34) - Début marqué par une hémorragie très abondante avec syncope.

Le plus souvent ces hémorragies ne sont pas les premières en date, ou bien elles n'ont pas attirées l'attention parce que peu importantes et mise sur le compte d'hémorroïdes coexistantes.

Considérant le siège de la tumeur on relève :

- 25 malades porteurs de T. rectale,
- 13 porteurs de tumeur sigmoïdienne.

(Nous ne tenons pas compte ici de la multiplicité des T.V.)

- Sur 25, 19 porteurs de T.V. rectales ont présenté des hémorragies soit 76 %

- Sur 13, 12 porteurs de T.V. au delà de 15 cm ont présenté des hémorragies soit 95 %.

b) Dans le groupe B, sur 15 malades, 13 ont présenté des hémorragies de sang rouge. Aucune d'entre elles ne fut très abondante. On retrouve parfois des hémorroïdes comme dans :

- L'obs. 69 - où le malade présentait des hémorragies mises sur le compte d'hémorroïdes qui furent sclérosées. Le siège relativement bas de la T.V. suppose, ou bien qu'elle ne fut pas vue, ou bien qu'elle se développa après le traitement sclérosant qui n'arrêta pas les rectorragies. Ce ne fut que 3 ans après les premiers symptômes que l'on découvrit à 6 cm la T.V. (3 T.V. en fait).

Considérant le siège, les 13 tumeurs sont toutes de siège rectal, soit 93 % d'hémorragie pour les T.V. rectales.

c) Dans le groupe C, sur 16 T.V. 9 présentaient des hémorragies. Une fois elles furent assez abondantes pour attirer l'attention.

- Obs. 39 - Pendant trois ans, petites hémorragies mises sur le compte d'hémorroïdes. Puis hémorragies plus abondantes se répétant toutes les 3 semaines, conduisant à l'examen qui découvre une T.V. de la partie inférieure de l'ampoule rectale, prolabée à travers le canal anal.

Ces 9 T.V. hémorragiques ont toutes une localisation rectale (comme toutes les T.V. dégénérées de cette statistique) soit 56 %)

	GROUPE A		GROUPE B		GROUPE C		TV bénignes + TV malignes	TV + K	TV. + Troubles Hydro-Elec.
	R	Σ	R	Σ	R	Σ	2		
Hémorragie	19	12	13		9		2	5	1
TOTAL	31		13		9		2	5	1
	81 %		93 %		56 %		100 %	71 %	50 %

TABLEAU 6

Fréquences des hémorragies dans les différents groupes et leur pourcentage dans les groupes.

d) Les 2. T.V. bénignes associées aux T.V. dégénérées ont également présenté des hémorragies peu abondantes.

e) Dans le groupe des T.V. associées à des cancers, on retrouve 5 fois la notion d'hémorragies.

f) Enfin dans les 2 T.V. avec troubles hydro-électrolytiques :

- 1 fois (obs. 79) il n'y eut aucune hémorragie,
- 1 fois (obs. 80) il y eut des hémorragies deux ans avant l'accident aigu. Elles avaient conduit à la rectoscopie qui découvrit la T.V. La malade avait alors refusé l'intervention chirurgicale proposée.

Sur l'ensemble de la statistique (tableau 6) T.V. + cancer exclus) on trouve un pourcentage de 76 % de formes hémorragiques, Grinnel et Lane donne 57 % d'hémorragies dans les T.V. bénignes et 64 % dans les T. dégénérées.

B - Les écoulements muco-glaireux : ils sont très caractéristiques.

Typiquement il s'agit d'une secrétion claire, transparente, un peu visqueuse, mélangée à des amas gélatiniformes rappelant le blanc de l'oeuf ou une solution gommeuse.

Cet aspect si particulier ne peut guère être confondu avec celui des secrétions muco-purulentes du cancer ou des rectites chroniques.

Leur importance est variable, parfois notable, surtout le matin, du fait du stockage nocturne entraînant au lever de véritables débacles, interprétées à tort par le malade comme de la diarrhée. Le reste de la journée elles déclenchent des envies fréquentes d'aller à la selle, aboutissant à l'évacuation de quelques glaires, mais le plus souvent sans tenesmes, ni brûlures anales.

a) Dans le groupe A sur 38 malades :

- 20 présentèrent des écoulements glaireux ou de fausses diarrhées ou les 2 à la fois soit 52, 6 % des malades de ce groupe.

Sur 20 malades :

15 étaient porteurs de T.V. rectales et parmi ceux-ci
5 présentaient glaires + fausses diarrhées,
5 uniquement des glaires,
5 uniquement des fausses diarrhées.

Soit : [15 porteurs de T.V. rectales sur 25 donc 60 % des malades ayant une T.V. rectale ont présenté des écoulements non glaireux.]

. 5 étaient porteurs de T.V. au delà de 15 cm (sur un total de 13 T.V.) soit 38,4 % (sur ces 5 T.V. une était à 15 cm, l'autre à 16 cm).

Cela confirme la notion classique de plus grande fréquence de l'écoulement muco glaireux dans les T.V. rectales.

b) Groupe B : 15 malades

- 9 malades présentèrent des écoulements muco-glaireux soit 60 % du groupe.

- Toutes les T.V. étaient rectales, soit 69,2 % de T.V. rectales du groupe B (13 T.V.) ont présenté des écoulements muco-glaireux.

c) Groupe C : 16 malades

- 9 présentèrent des écoulements muco-glaireux soit 56, 2 % des malades de ce groupe.

- Rappelons que toutes les T.V. de ce groupe étaient rectales.

	A 38		B 15		C 16		V bénig. + V malig.	TV + K 7	TV + Tr. électro-Elec.
	R (25)	Σ (13)	R (13)	Σ (12)	R	Σ			
Ecoulement muco-glaireux	15	5	9		9		1	4	2
	20		9		9		1	4	2
	60%	38,4%	69,2%		56,2%				
	52,6 %								

Soit :

45 T.V. sur 80 ⟶ 56,25 %
39 T.V. rectales sur 64 ⟶ 60 %
T.V. au delà de 15 cm ⟶ 37 %

Fréquence des écoulements muco-glaireux

eux

TABLEAU 7

d) Pour les 2 T.V. bénignes associées aux 2 T.V. dégénérées : 1 fois fausse diarrhée,

e) Dans les T.V. associées à des cancers, 4 fois existaient des émissions glaireuses typiques de T.V. villeuses.

f) Nous reverrons le problème des écoulements très abondants dans les formes avec troubles hydro-électrolytiques.

Sur l'ensemble des T.V. 45 présentaient des écoulements muco-glaireux soit 56,25 %

Sur l'ensemble des T.V. localisées au rectum (60 %) (39 sur 64 T.V.)

Sur les T.V. localisées au delà de 15 cm (6 sur 16 malades porteurs de T.V. (37 %)

C - Les faux besoins :

C'est un signe plus contingent :

a) Il fut rencontré 6 fois dans le groupe A :

- 5 T.V. rectales (soit 20 % des T.V. rectales)
- 1 T.V. sigmoïdienne (soit 7,6 % des T.V. sigmoïdiennes)

b) 4 fois dans le groupe B dans les T.V. localisées au rectum (soit 30 % des T.V. rectales)

c) 5 fois dans le groupe C, soit 33,3 %

d) 2 fois dans le groupe des T.V. + cancer.

D - Constipation, elle est également rare : Elle fut retrouvée :

- 4 fois dans le groupe A (3 T.V. rectales, 1 sigmoïdienne)
- 2 fois dans le groupe B (T.V. rectales)
- 3 fois dans le groupe C (3. T.V. rectales)
- 1 fois pour T.V. B + T.V. M (obs. 70)

Non caractéristique et en règle opiniâtre, mais d'apparition, surtout d'aggravation récente, elle s'observe donc surtout dans les localisations rectales.

E - Tenesmes - Epreintes sont rarement rencontrés :

- 3 fois dans les T.V. du groupe A (1 T.V. rectale, 2 T.V. sigmoïdiennes)

- 3 fois dans 3 T.V. rectales du groupe B
- 3 fois dans 3 T.V. rectales du groupe C

F - Parmi les autres symptômes nous avons relevé :

- Quelques douleurs abdominales vagues (1 cas)
- Une sensation de brûlure anale (1 cas)
- La sensation de corps étranger intra-rectal (1 fois)

G - Parmi les accidents aigus :

- 2 fois la T.V. était prolabée à travers l'anus (obs. 19 et 21)
- 1 fois ce fut un épisode douloureux abdominal avec rectorragie (obs. 23)
- 1 fois le début fut une O.I.A. (obs. 18) avec troubles hydroélectriques majeurs et urée à 4 g. troubles en rapport avec l'occlusion.
- 1 fois une invagination colo-colique (obs. 66)

Nous n'avons pas constaté d'élimination de tumeur du moins qui ait été vérifiée.

H - Aussi retrouve-t-on avant tout deux grands symptômes:

- les hémorragies,
- les écoulements muco-glaireux, ceux-ci étant seuls vraiment caractéristiques.

I - Nous retrouvons également une symptomatologie un peu différente selon la localisation de la T.V.

- Les T.V. haut situées donnent beaucoup plus rarement des écoulements muco-glaireux, par contre les manifestations hémorragiques paraissent nombreuses.

- Les T.V. rectales se manifestent avec une grande fréquence par des hémorragies :

. 76 % dans le groupe A des T.V. rectales,
. 93 % dans le groupe B
. 56 % dans le groupe C ce qui a priori paraît paradoxal, les T.V. dégénérées saignant moins que les bénignes et beaucoup moins que les suspectes.

Surtout : par des écoulements muco-glaireux.

- Les autres symptômes ne nous ont pas paru plus fréquents dans une localisation que dans l'autre.

Pourtant Sénèque et Chatelin insistent sur le caractère différent des symptômes des T.V. coliques faits de :

- troubles colitiques douloureux variables avec ou sans,
- crises sub-occlusives,
- petites hémorragies (striés ou glaires sanglants) n'inquiétant guère le malade.
- crises sub-occlusives plus importantes, plus rapprochées avec diarrhée après les crises traduisant une souffrance colique importante.

J - Selon la nature de la T.V.

- Les hémorragies sont ici plus fréquentes dans les T.V. bénignes et suspectes que dans les T.V. dégénérées ce qui n'a pas manqué de nous surprendre.

Grinnel et Lane trouvent 57 % d'hémorragie dans les T.V. bénignes contre 64 % dans les T.V. dégénérées.

Il est à noter qu'elles furent rencontrées 5 fois sur les 7 cas de T.V. associées à un cancer - (71 %).

- Les écoulements muco-glaireux sont à peu près également répartis quelque soit le type de T.V. envisagée.

- Les autres symptômes ne nous ont pas paru apporter des éléments de discrimination.

Donc symptomatologie assez pauvre, de valeur pour orienter le diagnostic de tumeur villeuse, mais ne permettant pas de préjuger de son type. L'existence de glaires, la recherche par l'interrogatoire de fausses diarrhées afécales sont un des éléments majeurs d'orientation.

L'existence d'hémorragie si elle n'est pas caractéristique en elle-même doit imposer un examen complet dont la rectoscopie reste l'élément essentiel et indispensable. (voir tableau 8)

	Ancien. des symptomes, à 1 an	Hémorragies %	Ecoulem. muco-glaireux.	faux besoins	Constipat.	Tenesmes Epreintes	Accidents aigus	E.G. B	E.G. M
Groupe A	50%	81% R 76% Σ 95%	52%	15,7%	10%	7,8%	4 fois	50% sur 15 cas	50%
Groupe B	56%	93% rec. 93%	69,2%	26,6%	13,3%	20%	7 fois	50% sur 8 cas	50%
Groupe C	25%	56% rec. 56%	56,2%	33,3%	18,7%	18,7%		85%	15%
TV bénignes + TV malig.		100%	50%		50%				
TV + K		71%	57%	28,4%					100%
TV + K hydro-elec.		50%	100%						100 %

TABLEAU 8

Pourcentage des divers SF et SG dans les divers groupes

III - L'ETAT GENERAL

Dans l'ensemble bien conservé. Le signe que nous avons surtout noté est l'amaigrissement encore que les renseignements manquent dans plusieurs observations.

- Dans le groupe A :

. 7 fois l'E.G. était bien conservé,
. 7 fois il était altéré,

- Dans le Groupe B :

. 4 fois l'E.G. était excellent,
. 3 fois il était altéré,

- Dans le Groupe C :

. 6 fois il était bon
. 1 fois il était mauvais.

- Dans les 2 cas, de T.V. bénignes associées à une T.V. maligne, l'E.G. était altéré.

- Dans les T.V. associées à des cancers, il fut toujours trouvé altéré.

On ne peut guère tirer de conclusions de ces chiffres, sinon qu'il n'y a aucun parallélisme entre un état général altéré et le caractère dégénéré ou non d'une T.V.

(Voir tableau récapitulatif des pourcentages des différents symptômes dans les groupes respectifs).

IV - L'EXAMEN

a) - Le toucher rectal est le geste essentiel, à condition que la T.V. reste à portée de doigt. Il doit être effectué avec particulièrement de soin vu les caractères anatomiques de la tumeur :

- Séssile : Le doigt sent une zone légèrement saillante, molle dépressible, dont il est difficile de préciser les limites exactes, l'ensemble donnant l'impression d'une masse gélatineuse, glissante, mobile, sur les plans sous-jacents.

- Pédiculée : masse de volume variable dont repère le pédicule plus ou moins aisément, et dont il est difficile de préciser le siège exact. La découverte d'une induration plus ou moins superficielle évoquerait la dégénérescence, imposant la recherche d'une extension telle qu'on la pratique devant un cancer rectal évident. Nous en avons plusieurs exemples :

-(Obs. 67) M. CON... - Masse de 3 cm sur la face antérieure débordant latéralement fixée à droite,

- Histologie : T.V. dégénérée avec tendance pénétrante en profondeur.

-(Obs. 39)- Mme. MIR... - Tumeur polypoïde dure de la marge anale

- Histologie : villeuse dégénérée (récidive).

Un saignement provoqué est aussi un signe de suspicion de malignité :

- Obs. 42 - M. RAB... - Masse volumineuse de la taille d'une mandarine, dure assez mobile, saignant au contact.

- Histologie : T.V. dégénérée.

Mais le T.R. peut induire en erreur et faire croire à tort à une dégénérescence.

Ainsi dans l'obs. 5 (M. BOZ...) - Tumeur à 5 cm bourgeonnante, friable, indurée, indolore, quasi-circonférentielle. Bien que la biopsie ait conclu à une T.V. bénigne, le chirurgien devant l'aspect macroscopique et le caractère forcément limité de la biopsie, pratique

un Balcock. En fait l'étude de la totalité de la pièce permet d'affirmer la bénignité.

b) L'examen général recherchera d'éventuels signes de dégénérescence : gros foie métastatique, ganglions inguinaux retro-cruraux et appréciera le degré de résistance de ces malades souvent âgés. Il est de règle de rechercher un déséquilibre humoral par le dosage des principaux constituants sanguins. Hormis les 2 T.V. avec troubles importants que nous reverrons, nous n'avons pas constaté sur 78 cas de modifications humorales notables.

V - LA RECTO SIGMOIDOSCOPIE

C'est l'examen de base, encore n'est elle pas toujours aisée.

a) Le diagnostic est le plus souvent facile devant une tumeur non recouverte d'enduit glaireux, faite du fin chevelu des villosités ou bien dessinant une mosaïque rosée ou rouge sombre par agglutination de villosités. L'abondance des glaires peut cependant gêner l'examen.

b) Le siège sera précisé avec le plus d'exactitude possible :

- cela est souvent plus aisé pour les T.V. rectales sessiles où l'on voit la totalité de la masse tumorale.

- que pour les T.V. pédiculées parfois invaginées.

- Obs. 58 (M. MOR...) - A bout de doigt, petite masse mobile en décubitus latéral gauche avec rectum mobile.

A la rectoscopie à 10 cm sur la face antérieure de l'ampoule, bourgeon ulcéré.

A la biopsie T.V. avec didifférenciation évidente. Une tentative d'ablation par voie basse échoue car on ne retrouve pas la tumeur. Trois mois plus tard, on découvre sur un lavement baryté une image lacunaire du recto-sigmoïde. Et l'on découvre à la laparotomie une T.V. siégeant au sommet de l'anse sigmoïde invaginée dans l'ampoule rectale.

c) Elle recherche avec soin dans la zone qui lui est accessible les tumeurs multiples, elle apprécie l'état de la muqueuse avoisinante qui est toujours normale dans les T.V. bénignes (A)

d) Enfin elle permet dans une certaine mesure de préjuger de l'état bénin ou dégénéré. L'induration, l'ulcération, le saignement au contact étant tenu pour suspect.

e) Elle permet la biopsie superficielle et du pédicule, dont nous discuterons la valeur au chapitre du diagnostic.

VI - L'EXAMEN RADIOGRAPHIQUE est indispensable

a) Le lavement baryté est l'élément essentiel du diagnostic des T.V. haut situé, échappant à l'endoscopie. Il dépistera une lésion associée : tumorale ou autre en particulier une diverticulose colique (obs. 67 et 26).

- Obs. 76 - (M. GEI...) - Rectosropie : T.V. sessile largement implantée sur l'ampoule rectale. Lavement baryté : sténose typiquement néoplasique du du colon transverse.

b) - La technique doit être très minutieuse car le siège volontiers recto-sigmoïdien de ces tumeurs en une zone de superposition exige une variation des incidences. Cette technique bien précisée par Le Canuet notamment comporte l'examen systématique des différents segments coliques en s'aidant de compression pour séparer les anses intestinales, en utilisant des opacifiants dilués afin de ne pas noyer la tumeur. Les clichés seront surtout pris au remplissage et après évacuation. Un lavement d'eau pure diluera la baryte et rendra plus visible les lésions dans le contenu faiblement opaque de la lumière intestinale.

c) L'image en défect d'un bord colique avec striations verticales dues à la pénétration de la baryte entre les franges est très évocatrice.

- Après évacuation, la persistance de baryte donne un aspect plus ou moins finement tacheté.

- Mais surtout on assiste à des modifications de forme, voire de siège en cas de T.V. pédiculée. La souplesse de la paroi colique, l'absence de modifications des haustrations coliques sont des points qui permettent de préjuger de la bénignité.

- Il est souvent difficile par contre de fixer l'étendue de la masse.

- Enfin, on aura parfois des images d'invagination.

- Quoiqu'il en soit, ce diagnostic radiologique n'est guère possible que pour des T.V. de volume appréciable.

d) On saura éliminer une image de fécalome au besoin en répétant l'examen après lavement. Le polype banal ne sera reconnu que par l'endoscopie et l'examen histologique. Le cancer est bien différent.

Parmi les T. coliques bénignes, le lipome donnerait une image plus homogène et finement limitée.

e) Enfin, le lavement baryté est indispensable pour dépister les lésions associées. Il faut savoir le repéter :

- Obs. 12 (M. FOUN...) - En mars et avril 1962 sur 2 séries de clichés on croit voir une image Tumorale déjà "entrevue" sur un lavement baryté en 1960.

En juin 63, l'image évocatrice de polype persiste. L'intervention chirurgicale découvre une T.V. pédiculée du sigmoïde.

f) Sur 73 T.V. (villeuses associées à un cancer exclues) 14 fois seulement des images de tumeurs villeuses furent retrouvées. Il s'agit pour 7 d'entre elles de tumeurs sigmoïdiennes (obs. 11, 12, 29, 13, 17, 65, 66), et de 7 rectales hautes (obs. 1, 29, 46, 53, 63, 64, 69).

Cette difficulté de l'examen radiologique apparaît avec évidence dans la statistique de Sénèque et Chatelin ou sur 21 T.V.coliques, 9 seulement purent être mises en évidence.

oOo

EVOLUTION

A - En l'absence de traitement, le risque évolutif majeur est la dégénérescence d'une T.V. bénigne. Ce risque est réel. On a pu voir, par négligence du malade, à quelques mois d'intervalle, une T.V. ayant tous les caractères de la bénignité, devenir un carcinome invasif.

C'est-à-dire la nécessité de l'ablation de toute T.V. diagnostiquée.

B - Après traitement, le risque évolutif est la récidive qui peut se faire sur le mode bénin ou dégénéré, pour les T.V. des groupes A et B, alors qu'elle est maligne pour les tumeurs du groupe C.

Dans cette statistique :

- 7 T.V. du groupe A ont récidivé soit un pourcentage global de 18,4 %

- 2 T.V. du groupe B, soit 13,3 %

- 5 T.V. du groupe C (y compris les 2 T.V. bénignes, associées à 2 T.V. dégénérées) soit 27,7 %

Les récidives sont survenues :

- Pour le Groupe A - - 2 fois à 5 ans,) soit 24 mois
  - 1 à 18 mois)
  - 1 à 11 mois) en moyenne
  - 2 à 7 mois)
  - 1 à 6 mois)

- Pour le groupe B - 1 à 2 ans 10 mois) moyenne
  - 1 à 3 ans) 2 ans 11 mois

- Pour le groupe C - 1 à 2 ans 5 mois
  - 1 à 16 mois) moyenne
  - 1 à 10 mois)
  - 1 à 8 mois) 13 mois
  - 1 à 2 ans)

Elles paraissent donc plus précoce lorsqu'il s'agit de T.V. dégénérée.

Cependant il faut noter que dans l'ensemble, les récidives surviennent le plus souvent précocement :

- 42,8 % dans la première année,
- 64,2 % dans les 18 mois qui suivent la première intervention.

oOo

FORMES CLINIQUES

I - Nous n'insisterons pas sur les diverses associations symptomatiques, sur la prééminence de tel ou tel signe. L'ensemble est d'ailleurs assez monomorphe, et ce n'est que par ommission que l'on ne reconnaîtra pas la T. V.

2 - Il faut citer les accidents mécaniques et infectieux.

a) - Torsion d'une T. V. pédiculée. Elle fut retrouvée une fois

- Obs. 17 (Mme PIA...) - T.V. paraissant siéger à la rectoscopie à 13 cm de la marge anale, d'aspect villeux, molle, saignante, macroscopiquement suspecte de dégénérescence. En fait l'intervention permit d'affirmer le siège plus en amont sur le côlon sigmoïde, l'existence d'un pédicule tordu expliquant les phénomènes congestifs. L'examen de la pièce permit d'éliminer toute malignité.

b) - L'invagination de la T. V. dans le côlon sous-jacent fut observé 2 fois.

- Obs. 58 (M. MOR... B) - Tumeur paraissant rectale à la rectoscopie, en fait sigmoïdienne au lavement baryté. Une tentative d'exérèse par voie basse échoue car on ne retrouve pas la tumeur.

- Obs. 66 (Mme CHOT...b) - Le début est marqué par un syndrome douloureux de la fosse iliaque gauche lié à une invagination colocolique provoquée par la T. V. (taille : prune, très mobile, pédiculée sigmoïdienne).

c) - Une fois le début fut marqué par une occlusion intestinale aigue.

- Obs. 18 (Mme SAU...) - Début par O.I.A. avec déséquilibre hydroélectrolytique important lié à l'occlusion (urée à 4 g.). Le traitement médical améliore l'état de cette malade de 81 ans et fait céder l'occlu-

sion. L'intervention découvre un énorme sigmoïde volvulé, sur la T.V. qui siège à la jonction recto-sigmoïdienne.

d) - Une fois la procidence rectale de la T.V. permit de la reconnaître (obs. 19).

3 - A l'opposé une fois la T.V. fut découverte lors d'un examen systématique chez un amibien présentant une diverticulose colique (obs. 15). La T.V. siégeait à 11 cm et n'avait donné lieu à aucun symptôme. Pas de traitement à cette époque. 3 ans plus tard, à l'occasion d'un examen systématique on retrouve la T.V. qui était restée asymptomatique.

4 - Le problème des T.V. associées à des troubles hydroélectrîques majeurs mérite d'être envisagé séparément. En 1954, Mac Kittrich en rapportait le premier cas. Depuis plusieurs observations furent publiées et le cas que nous rapportons ici fut publié en 1962 par notre Maître le Professeur POILLEUX et le Professeur DOMART dans le Bulletin et Mémoire de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris. Les auteurs avaient noté à l'époque 24 cas dans la littérature mondiale. Notre deuxième observation fut rapportée par le Professeur DEBRAY, Hardouin et le Docteur Moreaux et publiée dans la Presse Médicale en Janvier 1963

a) - L'histoire clinique de ces tumeurs n'est pas toujours évidente. Trois phases se succèdent chez des sujets souvent âgés.

1 - Dans la première, la symptomatologie est celle de toute T.V. du rectum avec cependant ténesme, faux besoins, écoulement glaireux, déjà notables par leur fréquence et leur importance.

2 - La deuxième phase est caractérisée par l'augmentation progressive de quantité des émissions rectales avec pour conséquence un déséquilibre biologique cliniquement encore bien supporté.

3 - Le troisième stade est celui du grand déséquilibre hydroélectrolytique. Souvent le malade est vu pour la première fois à ce stade.

On peut rencontrer diversement associé :

- des troubles psychiques : obnubilation, désorientation, asthénie extrême,

- de violentes crampes musculaires des membres inférieurs,

- des troubles digestifs, témoin de l'iléus paralytique : ballonnement, arrêt des matières alors que les écoulements glaireux persis-

tent. Douleurs abdominales, nausées, vomissements achèvent de donner au tableau une marque chirurgicale dominante.

- A un stade de plus, le collapsus avec coma vigil rendent le diagnostic étiologique difficile.

- Cependant :

. l'absence de fièvre,
. l'existence d'écoulements glaireux très liquides abondants (1 à 4 litres par jour)
. l'importance de la désydratation (pli cutané, hypotonies des globes oculaires, langue sèche, soif),

doivent évoquer le mécanisme et l'étiologie du syndrome.

b) Le diagnostic comporte en effet deux étapes :

I-la confirmation des troubles hydro-électrolytiques :

- la chlorémie,)
- la natrémie)
- la kaliémie) sont abaissées.
- la réserve alcaline)

L'urée est élevée (azotémie extra-rénale)

Des chiffres de
- 49 à 100 mEq pour le chlore,
- 99 à 130 mEq pour le sodium,
- 1,3 à 4,4 pour le potassium

sont courants.

2 - Rapporter cette fuite à une T.V. c'est en règle aisé, si l'on y pense.

- Il s'agit en règle de T.V. rectale ou sigmoïdienne bas située expliquant l'impossibilité de réabsorption des liquides et des électrolytes.

- Leur taille est très importants :

-(Obs. 79) - T.V. circonférencielle étendue de 0 à 14 cm.

-(Obs. 80) - Très grosse T.V. à la jonction recto-sigmoïdienne

Le cas de Mac Kittrick : 8 x 14 cm

Celui de Cooling : 11 x 11 cm

Celui de Jordan : 13 x 18 cm

Le toucher rectal doit être attentif en particulier si le T.V. est circulaire et occupe toute la partie basse de l'ampoule rectale.

- La rectoscopié n'est pas toujours facile à faire chez ces malades fatigués, du fait de l'importance de l'écoulement qui peut nécessiter une aspiration continue. On trouve en règle une T.V. séssile, molle non saignante, tout à fait caractéristique dont on voit parfois sourdre du liquide en abondance. Il est en règle impossible de préciser la hauteur exacte et l'étendue en largeur.

- Le lavement baryté n'est pas toujours possible, mais il peut montrer des images évocatrices. Son intérêt : dépister une autre affection colique et préciser parfois l'étendue en hauteur de la T.V.

c) - 2 notions doivent enfin être isolées :

1 - L'une biologique découle de l'étude électrolytique du liquide rectal secrété. Il apparaît quasi isotonique pour le chlore et le sodium (100 à 160 mEq par litre) Pour le potassium, il apparait hypertonique (15 à 137 mEq par litre). La concentration en potassium est donc 27 fois plus élevé dans les selles que dans le sang.

Cependant, il faut noter que le sujet normal élimine dans ses matières quotidiennement :

- 100 à 200 ml d'eau contenant :

. 1, à 5 mEq de sodium, 3 mEq de chlore, et 8 à 20 mEq de potassium, soit 80 à 200 mEq par litre de K,
10 à 50 mEq par litre de Na,
30 mEq par litre de chlore.

Ces concentrations sont retrouvées chez les malades porteurs d'une T.V., pour le potassium quasi-identique, un peu plus élevée pour le chlore et le sodium.

C'est donc l'importance quantitative de la fuite qui est responsable du syndrome observé.

2 - L'autre clinique :

La rapidité de la décompensation doit être signalée qu'explique un déséquilibre latent. Une perte supplémentaire minime suffit à déclencher le syndrome, quelle soit due à une exagération des pertes rectales, à des vomissements, à des sueurs, à une diurèse accrue, à l'absence d'ingesta solides, à des lavements hypotoniques (obs. 79) donnés à titre de préparation d'une rectoscopie.

d) - C'est donc la taille de la tumeur qui est l'élément essentiel dans l'apparition de ces troubles hydro-électrolytiques. Le type histologique n'intervient pas.

e) - Le traitement est l'exérèse chirurgicale large de la T.V.

La réanimation hydro-électrolytique, indispensable, n'est qu'un temps préparatoire.

oOo

DIAGNOSTIC

A - Le diagnostic clinique étant le plus souvent facilement résolu, c'est au diagnostic histologique qu'il faut s'attacher. Nous avons déjà envisagé les différentes classifications et les aspects anatomo-histologiques de ces T.V. Nous voudrions insister sur le problème de l'examen histologique des fragments prélevés par biopsie. De son résultat dépend en majeure partie l'attitude thérapeutique.

B - Dans le groupe A, 13 fois, nous n'avons pas retrouvé trace de biopsie soit qu'elle ne fut pas pratiquée, soit que la T.V. siègea hors de portée de l'endoscopie. Sur les 25 TV biopsiées de ce groupe, 4 fois la biopsie fut en défaut comme le montra l'examen histologique de la pièce d'exérèse.

1 - 3 fois, on avait conclu à une T.V. dégénérée :

- Obs. 26 (M. PET...) - T.V. sigmoïdienne bas située accessible à l'endoscopie. Biopsie : adénocarcinome lieberkunien, bien différencié. L'examen histologique de la pièce d'exérèse conclut à une T.V. avec zone de différenciation mais sans signes histologiques de malignité. Une hémicolectomie gauche fut pourtant entreprise sur les données de la biopsie. Les ganglions prélevées étaient intacts. Actuellement bien portant avec un recul de 5 ans et demi.

- Obs. 27 - (M. MAS...) - T.V. recto-sigmoïdienne associée à 3 petites T.V. sigmoïdiennes. Biopsie : T.V. avec dégénérescence en une zone. Une résection recto-sigmoïdienne est réalisée et l'examen histologique des 4 tumeurs écarte formellement toute malignité. Actuellement bien portant. Recul : 1 an 1 mois.

- Obs. 29 (M. FER...) - T.V. rectale. Biopsie : évolution maligne (le prélèvement n'intéresse pas la base d'implantation). Résection recto-sigmoïdienne. T.V. bénigne (A), musculaire muqueuse intacte Recul 9 ans.

2 - 1 fois, la T.V. avait été considérée comme "suspecte".

- Obs. 30 (M. DUF...) T.V. à 16 cm. A la biopsie T.V. suspecte. Résection recto-sigmoïdienne. A l'histologie : T.V. très végétante mais avec une architecture régulière. Pas de transformation maligne. Décédé 3 mois plus tard d'ictère grave.

Donc sur 25 T.V., 4 fois la biopsie avait conclu à tort à une lésion dégénérée ou suspecte, aspect non retrouvé, après examen de toute la pièce, soit un pourcentage d'erreurs de 16 %.

On peut cependant supposer que les T.V. biopsiées présentaient effectivement une zone de dégénérescence, que celle-ci fut enlevée par la biopsie et que le reste de la tumeur était effectivement bénin. Cela est d'autant plus logique que l'on sait que souvent la dégénérescence débute à la périphérie.

La conséquence de ces erreurs par excès fut des exérèses chirurgicales larges. Les résultats immédiats et éloignés furent bons (si l'on excepte le décès par ictère grave non imputable à la technique opératoire proprement dite).

C - Dans le groupe B nous relevons 4 erreurs de la biopsie (16 observations, 3 T. non biopsiées).

a) - 2 par défaut :

- Obs. 62 (Mme CLE...) - T.V. rectale. Aspect bénin à la biopsie. Exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles. Histologie : T.V. en voie de transformation maligne, mais sans caractère infiltrant.

- Obs. 65 (M. BON...) - T.V. à 14 cm. Biopsie, T.V. bénigne très inflammatoire sans dégénérescence. Résection recto-sigmoïdienne. Histologie : prolifération importante, épithélium dédifférencié, malignité probable mais musculaire muqueuse intacte (B)

b) - 2 par excès :

- Obs. 55 - T.V. sigmoïdienne. Biopsie:épi-glandulaire ++. Extemporané, T.V. dégénérée. Colectomie segmentaire. Histologie : T.V. suspecte, pédiculé intact. Récidivera.

- Obs. 56 - T.V. au-dessous de 5 cm. Biopsie épi-glandulaire. Amputation abdomino-périnéale. Histologie T.V. très dédifférenciée, mais base intacte ++. Récidivera.

En fait, de ces 4 erreurs, seule, celle de l'obs. 62 paraît importante, puisque l'on a méconnu un début de transformation maligne

et pratiqué une exérèse simple de la T.V. Dans l'obs. 65, la résection recto-sigmoïdienne est logique pour une T.V. du groupe B, quant aux 2 T.V. étiquetées T.V. dégénérées à la biopsie et T.V. suspectes à l'histologie,(musculaire, muqueuse intacte) la survenue de récidives est un argument pour une exèrése large des T.V. du groupe B.

D - Dans le groupe C, on retrouve 5 erreurs de la biopsie (15 observations, 3.T.V. non biopsiées).

- Obs. 52 (M. BAU...) - T.V. à 4 cm

- Biopsie : T.V. non dégénérée
- Exérèse : par les voies naturelles,
- Histologie : en une zone transformation maligne nette
- Récidive maligne 9 mois plus tard, et amputation abdomino-périnéale de propreté car métastase hépatique - Décédé.

- Obs. 53 (M. DELAU...) - T.V. à 7 cm.

76 ans, biopsie T.V. suspecte. L'état général très altéré, l'existence de tares cardiaques, pulmonaire, conduira à une exérèse locale simple.

- Histologie : T.V. dégénérée
- Récidive 10 mois plus tard, traitée par électro-coagulation.
- Décédé après 4 ans de survie.

- Obs. 46 (M. AUB...) - T.B. à 7 cm

- Biopsie : T.V. suspecte
- Amputation abdomino-périnéale
- Histologie : T.V. dégénérée
- Recul : 2 mois

- Obs. 47 (Mme GAG...) - T.V. à 9 cm

- Biopsie : villeuse "suspecte"
- Exérèse par les voies naturelles au bistouri électrique
- Histologie : carcinome villeux,
- Actuellement va bien. Recul 2 ans.

- Obs. 48 (Mme MET...) T.V. à 5 cm

- Biopsie : T.V. bénigne,
- Exérèse chirurgicale par les voies naturelles
- Histologie : dégénéréscence : épithélioma très infiltrant.
- Revul : 1 an, va bien.

Sur ces 5 erreurs, 2 sont particulièrement graves car la biopsie avait conclu à la bénignité. 1 fois la récidive fut rapide et entraina la mort du fait de métastase, 1 fois le recul est insuffisant.

Donc 5 erreurs sur 13 biopsies soit : 38 %

E - Aucune erreur dans les 2 cas de T.V. bénignes associées à une T.V. dégénérée.

F - Le groupe des T.V. associées à un cancer n'entre pas ici en ligne de compte.

G - Enfin parmi les T.V. avec troubles hydro-électrolytiques l'obs. 79 mérite que l'on s'y attarde.

- T.V. étendue de 0 à 15 cm
- Biopsie : T.V. sans signes de malignité,
- Amputation abdomino-périnéale nécessitée par l'étendue des lésions,
- Histologie : T.V. faite de longues villosités régulières mais aucune n'est franchement anarchique. En un point il existe une effraction de la musculaire muqueuse et dans la sous muqueuse on trouve un tube glandulaire irrégulier. Donc dégénérescence probable.

Mais le rapport histophotométrique est cependant de type bénin.

H - Au total sur 73 T.V., 54 fumeurs furent biopsiées 12 fois la biopsie fut en défaut soit 22,2 % d'erreurs, chiffre proche de celui de Wheat et Ackerman qui donnent 26 %

Ce qui est grave en fait, c'est la méconnaissance de la dégénérescence et une exérèse limitée notablement insuffisante. Sur 54 biopsies, 2 erreurs de ce types peuvent être retenues (3,7 %)

- La valeur de la biopsie reste donc certaine.

- Elle affirme le caractère villeux et précise, souvent avec réserve le stade évolutif :

. la dégénérescence franche dont le franchissement de la musculaire muqueuse est le signe majeur,est aisée à reconnaître.

. toute la difficulté est l'interprétation des formes suspectes. Problème du potentiel de malignité de ces tumeurs, interprétation des altérations cytologiques, bien différentes des monstruosités constatées dans un épithélioma.

- La difficulté de cet examen anatomo-pathologique explique l'intérêt des biopsies multiples, le peu d'enthousiasme des histologistes pour l'examen extemporané (pratiquement pas utilisé dans cette série), l'intérêt peut être du rapport histophotométrique et surtout la nécessité d'un examen soigneux de toute la pièce d'exérèse.

- Force est donc de se contenter de l'examen après biopsie. Quitte à revoir le problème d'une exérèse qui pourrait paraître insuffisante après examen histologique de la pièce.

- Dans le doute, la tendance du chirurgien est l'exérèse large, attitude d'autant plus défendable que l'évolution spontanée de ces tumeurs est la dégénérescence.

oOo

TRAITEMENT

Il comprendra :

1 - Un rappel des différentes techniques utilisées,

2 - La répartition de ces interventions dans les différents groupes,

3 - Les résultats :

1) - immédiats,
2) - éloignés

4 - Les indications thérapeutiques.

oOo

I - LES DIFFERENTES TECHNIQUES

Il faut distinguer :

- les méthodes proctologiques
- la radiothérapie de contact,
- les méthodes chirurgicales.

1 - Les méthodes proctologiques

- Elles ont peu été utilisées dans cette statistique.

- Il s'agit essentiellement de l'électrocoagulation, méthode ambulatoire.

- Elle a été défendue notamment par A. Poirier (d'Angoulême)

1) La T.V. est détruite par coagulation obtenue par contact de la tumeur avec une électrode active (boule). Il faut éviter tout étincelage et régler la puissance jusqu'à l'obtention d'une escarre blanche au point d'application.

2) - Sont par contre rejetés par la plupart des auteurs français :

. les étincelages et les fulgurations utilisées surtout aux Etats Unis, car carbonisant en surface, elles sont peu destructrices et le danger d'explosion n'est pas négligeable.

. les sections ou rabotages sur anse coupante, car souvent difficiles à placer correctement, avec risque d'hémorragies immédiates rares, certes, mais alors difficiles à contrôler.

3) - La technique comporte peu de danger dans des mains entrainées :

. on peut voir survenir une hémorragie à la chute de l'escarre.

. les perforations sont surtout à redouter dans les cas de tumeur haute, mal contrôlables.

4) - Les indications de cette thérapeutique doivent être nuancées et dépendent en grande partie de la spécialisation du médecin.

Poirier pense que relèvent de l'électrodestruction :

- les T.V. petites (diamètre inférieur à 2 - 3 cm)
- facilement accessibles dans leur totalité,
- à condition que le malade soit revu régulièrement.

C'est ainsi qu'une tumeur qui ne disparaît pas en trois mois avec restauration de la muqueuse sans laisser d'infiltration, doit être confiée au chirurgien.

5) - Bien entendu, on tiendra compte du type histologique de la T.V., les T. des groupes A et B pourront bénéficier de cette technique. Certains proctologues (Poirier) traitent même ainsi des T. polypoïdes malignes, en association avec la chirurgie.

6) - L'intérêt de l'association procto-chirurgicale doit en effet être soulignée. Dans cette statistique, elle fut plusieurs fois utilisée, le chirurgien intervenant pour enlever une localisation haute ou pour reprendre un traitement par coagulation non totalement efficace.

7) - Il faut cependant insister sur la personnalité même du proctologue qui doit être entraîné à ce type d'intervention. C'est là un facteur de succès qui apparaît essentiel.

II - LA RADIOTHERAPIE DE CONTACT

- Peu employée également dans cette statistique.

- Son utilisation dans le traitement des T.V. est relativement récente, Ramioul et Ceismer auraient été lespremiers à rapporter leur expérience à Genève en 1948. Mme Parturier - Albot, Papillon ont également rapporté leurs statistiques.

- La sensibilité des T.V. non dégénérées est moindre que celles des cancers ou des T.V. dégénérées.

Les conditions de succès semblent conditionnées par les facilités d'accès, le volume de la tumeur. Elle s'adresse aux tumeurs de diamètre égal ou inférieur à 3 cm.

- En sa faveur, sa simplicité : elle peut être envisagée à titre ambulatoire.

- Elle expose cependant à des accidents de radio-nécrose, de sténose surtout. Enfin, elle ne met pas à l'abri de récidives.

III - LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

- C'est le traitement de base.

- On peut opposer les techniques d'exérèse "limitées" à celles "plus larges".

A - Les exérèses limitées à la T.V.

1 - Par les voies naturelles :

L'exérèse consiste après dilatation anale sur un côlon parfaitement propre, à pratiquer l'exérèse de la T.V. bistouri ou aux ciseaux. L'excision doit emporter toute l'épaisseur de la paroi rectale (muqueuse et musculeuse) ainsi qu'une collerette autour de la T.V. de 2 cm. L'hémostase est faite par ligatures. La paroi est suturée au fur et à mesure de la section à points séparés en 1 ou 2 plans, le plus souvent longitudinalement que transversalement.

Cette technique s'adresse aux tumeurs siégeant de 0 à 10 cm de l'anus, voire 12 cm. Plus haut les difficultés techniques peuvent imposer un abord abdominal. Mieux vaut alors y recourir d'emblée Quant à la voie postérieure par rectotomie basse après incision ano-coccygienne, préconisée par Grinnel et Lane nous n'en avons pas l'expérience dans cette statistique.

2 - Par colotomie par voie abdominale

La tumeur après repérage (ce qui n'est pas toujours facile) est enlevée après colotomie au niveau du pied de la tumeur, lorsque le siège de la T.V. le permet. Celle-ci est extirpée avec une collerette de muqueuse saine (il est en effet plus difficile de pratiquer ici l'ablation de la musculeuse).

Il faudra chercher d'autres localisations par la palpation surtout par coloscopie per-opératoire.

3 - La vérification systématique par laparotomie, après exérèse par les voies naturelles d'une T.V. haut située, telle que la préconise Chalnot (Nancy) n'a jamais été employée dans cette statistique.

B - Les exérèses dites "larges"

1 - Les résections coliques segmentaires par voie abdominale pure avec rétablissement de la continuité.

Elles sont plus ou moins étendues vers le haut et vers le bas, enlèvent plus ou moins de méso selon que l'on s'adresse à une T.V. supposée bénigne ou dégénérée.

C'est ainsi que l'on pourra pratiquer après préparation colique habituelle :

- des colectomies segmentaires en règle sigmoïdiennes.
- des résections recto-sigmoïdiennes plus étendues vers le bas, avec ou sans exérèse importante du méso.
-des hémicolectomies gauches dites "vraies" parce que enlevant tout le côlon gauche avec anastomose transverso-rectale.

Les anastomoses coliques ou colo-rectales seront termino-terminale, latéro-terminale en 1 ou 2 plans selon les préférences de l'opérateur.

La résection sera bien entendu suivie du rétablissement immédiat de la continuité.

Le problème est celui de l'étendue de l'exérèse vers le bas.

Pour la majorité des auteurs la T.V. doit être au moins située à 10 - 12 cm de la marge anale.

Certains cependant font des résections pour tumeur plus bas située jusqu'à 6 cm. Les difficultés de l'anastomose sont très variable, selon la morphologie de l'opéré : obésité, profondeur et étroitesse du bassin

2 - Les résections coliques ou amputations trans-anales type Babcock - Toupet

Elles s'adressent en règle aux tumeurs au-dessous de 10 cm, zone limite entre la résection par voie abdominale pure et les amputations abdomino-périnéales. Le Babcock permet de descendre plus bas que le Toupet.

Ces techniques permettent une exérèse satisfaisante. Leur inconvénient majeur réside dans leurs séquelles fonctionnelles avec continence de qualité médiocre. Celle-ci peut cependant être satisfaisante avec une hygiène correcte, préférée par certains patients à l'anus iliaque définitif.

3 - Les amputations abdomino-périnéales avec anus iliaque définitif s'adressent aux T. rectales bas situées, en règle dégénérées ou supposées telle, ou encore très étendues ne laissant pas de muqueuse saine.

Elles sont pratiquées à 1 ou 2 équipes.

C - Le tableau 9 groupe la répartition des différentes interventions en fonction de l'âge.

76 malades dont l'âge est mentionné. Répartition sans tenir compte du groupe histologique.

	T. Proctologique			Exérèses VN	Exérèses par colotomie	Résect. R Σ	Colectomies segmentaires	colectomies		Babcock	Toupet	Abd. périn.	Hartman	Anus	Explo.	sphinc-tériennes
	Coag.	Bist. Electr.	RX contact					G.	Dr.							
20-30				1												
31-40				1								1				
41-51						1	1				1					
51-60	1		1	5	2	5	3				2	4	1			
61-70	1		1	3		3 (a)	1	3	1 (a)			4				
71-80		1		9	1	3	2	2		3	2			1	1	1
81-90				1			2				1					
Total	2	1	2	20	3	12	9	5	1	3	6	9	1	1	1	1

TABLEAU 9

Dans ce tableau général on peut conclure qu'à priori l'age n'est pas une contre-indication à une chirurgie d'exérèse large.

Mais de 51 à 60 9 traitements limités contre 15 exérèses larges
de 61 à 70 5 exérèses, traitements limités contre 12 exérèses larges,
de 71 à 80 11 exérèses, traitements limités contre 13 exérèses larges
1 anus, 1 exploratrice

Il semble que de 71 à 80, la proportion d'exérèses larges diminue par rapport à celle limitée, moins graves sur le plan général.

2 - Différents types d'interventions selon les groupes

(1ère intervention en ce qui concerne les récidives).

A - Généralités

1) Groupe A - 38 observations :

. 15 exérèses chirurgicales par les voies naturelles.
. 7 résections recto-sigmoïdiennes
. 6 résections segmentaires coliques sigmoïdiennes,
. 1 hémicolectomie gauche
. 3 Babcock
. 1 Toupet
. 2 exérèses simples, par voie abdominale après colotomie ,
. 1 ablation par les voies naturelles à l'anse électrique,
. 1 radiothérapie de contact
. 1 amputation intra-sphinctérienne.

Soit pour ces T.V. bénignes du groupe A :

. 39,2 % d'exérèse chirurgicale par les voies naturelles ou 44,7 % de traitement par les voies naturelles.

. 34, 2 % d'exérèse colique ou recto-colique segmentaire.

. 10,4 % d'amputation trans-anales (Babock - Toupet)

. 2, 6 % d'intervention élargie.

Soit encore :

. 49,9 % de thérapeutique essentiellement localisée et simple s'attaquant uniquement à la T.V.

. 49,3% d'exérèse plus large.

2) - Groupe B - 15 observations

. 2 exérèses chirurgicales par les voies naturelles,
. 1 exérèse par colotomie,
. 1 radiothérapie de contact.
. 3 résections recto-sigmoïdiennes,
. 2 colectomies segmentaires sigmoïdiennes
. 1 hémicolectomie gauche
. 2 Toupet
. 3 abdomino-périnéale

Soit 26, 6 % d'intervention limitée sur la T.V.
53,3 % d'exérèse large avec conservation du sphincter
20 % d'exérèse large avec sacrifice du sphincter.

3 - Groupe C - 16 observations

. 4 exérèses chirurgicales simples par les voies naturelles.
. 1 exérèse au bistouri électrique par les voies naturelles,
. 1 électrocoagulation,
. 1 résection recto-sigmoïdienne
. 3 Toupet
. 1 hémicolectomie gauche
. 4 abdomino-périnéale
. 1 anus iliaque gauche palliatif (métastases hépatiques)

Soit 40 % d'interventions limitées,
33, 3 % d'exérèses larges avec conservation du sphincter anal
26, 6 % d'exérèses larges avec sacrifice du sphincter,
6, 6 % intervention de dérivation des matières.

4 - Pour les 2 cas de T.V.bénignes associées à une T.V. dégénérée, le traitement fut :

. 1 Hartmann
. 1 amputation abdomino-périnéale

5 - Pour les T.V. troubles hydro-électrolytiques (T.V. bénignes)

. 1 amputation abdomino-périnéale
. 1 colectomie sigmoïdienne segmentaire.

6 - Pour les T.V. associées à un cancer :

. 3 colectomies gauches,
. 2 résections gauches segmentaires
. 1 hémicolectomie droite + résection recto sigmoïdienne

De ce schéma général des divers types d'intervention pratiquées on peut noter :

- le pourcentage relativement élevé d'exérèses larges dans le groupe A (49, 8 %) alors que Grinnel et Lane n'ont que (26, 6 %) de résection plus ou moins étendues.

- La nette prédominance des interventions d'exérèse large dans le groupe B

- le pourcentage relativement important d'exérèse limitée dans les T.V. dégénérées conséquence d'erreurs de la biopsie.

Il faut noter aussi le pourcentage relativement peu élevé de traitement limité (35, 7 %) par rapport aux autres statistiques.

	Proctologie			Exérèses VN	Exérèses par colotomie	Résect R Σ	Colectomie Segment.	1/2 collect. G.	1/2 collect. Dr.	Babcock	Toupet	Abd. Perin.	Hartmann	Anus simple	Amp. intra-sphinc.	Explora-trice;
	Coagul.	Exérèse Bist.elec	Rx contact													
A	1		1	15	2	7	6	1		3	1				1	
B			1	2	1	3	2	1			2	3				
C	1	1		4		1		1			3	4		1		
TV bé-												1	1			
TV + TR hydro-elec.							1					1				
TV bénignes + TV dégénérées						1 même malade 1	2	3								
TOTAL	2	1	2	21	3	12	11	6	1	3	6	9	1	1	1	1
	5			24		23		6 +(1)		9		9	1	1	1	1
% de ces interv.	6,1%			29,6%		28,3%		8,6%		11,1%		11,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
	← 35,7% →					← 48 % →										
						← 61,5% →										

TABLEAU 10

Différentes interventions dans les différents groupes, et % de ces interventions dans la statistique.

Le pourcentage d'exérèses plus étendues est donc relativement élevé : 39, 4 % de T.V.furent enlevées par exérèse colique segmentaire Si on y ajoute les 8,6 % d'hémicolectomie on obtient 48,8 % de T.V. traitées par résection colique avec conservation du sphincter.

B - Dans chaque groupe :

1 - Les T.V. du groupe A (38 T.V.)

. 2 critères ont surtout influencé le type d'intervention :

. le siège de la T.V. mais aussi son aspect, son volume,
. les résultats de la biopsie.

Etant entendu que l'examen anatomo-pathologique restait déterminant. (tableau 11)

1) - Indications selon le siège : (Tableau II)

- Le lieu des exérèses par les voies naturelles est comme il fallait s'y attendre de 0 à 14 cm, avec comme limite supérieure 12 cm ce qui correspond maintenant aux notions classiques. La plupart de ces T.V. (12 sur 15) siégeaient d'ailleurs de 0 à 10 cm).

- Les 2 exérèses par colotomie simple siégeaient au delà de 18 cm. Seul le siège de ces T.V. nécessita la voie abdominale. Le principe d'une exérèse limitée reste identique à celui de l'exérèse par les voies naturelles.

- Sur les 2 cas traités par le proctologue, il faut citer :

. une ablation au bistouri électrique à 14 cm
. une radiothérapie de contact pour une T.V. à 5 cm.

- Pour les résections recto-sigmoïdiennes 2 groupes :

. 3 T.V. de 6 à 10 cm,
2 à 10 cm,
1 à 7 cm.

et dans ce dernier cas l'anastomose effectuée par voie abdominale était située à 3 cm de la marge anale ce qui suppose une dissection très soigneuse et une bonne vascularisation des 2 extrémités à suturer avec la conservation du pédicule hémorroïdal inférieur. La possibilité d'une anastomose bas située lorsqu'elle paraît techniquement réalisable mérite d'être sérieusement discutée avec les amputations trans-anales qui comme nous le verrons ne sont pas parfaites sur le plan fonctionnel.

	Proctologie			Exérèse VM	Exérèse par col.	Résect. R- Σ	Colect. segm.	Colectomie		Babcock	Toupet	Abd.	Hartmann	Anus	Ampt intra sphinc.	Expl.
	Coagul.	Bist. elect.	Rx					G.	Dr.							
0-5 cm (6)			1 5 cm	5 (1 enlevé) (2 TV)												
6-10 cm (13)				7		3 (2à10cm) (1à7 cm)				1 (7cm)	1 (7cm)					
11-14cm (8)	1 (14cm)			3 (12cm le + haut)			2			2 (12cm)						
15-18cm (6)						3 (1enlevé) (3 TV)	3									
>18cm (5)					2 (1 enlevé) (2 TV)	1	1	1								
TOTAL	1		1	15	2	7	6	1		3	1				1	
	2. (5,2%)			17 (44,7%)		13 (34,2%)		1 (2,6%)		4 (10,4%)					1	
	49,9%					47,2%									2,6%	

TABLEAU 11

Différents types d'intervention dans le groupe A en fonction du siège.

- 3 T.V. de 15 à 18 cm, 1 à 18 cm.

C'est la zone classique de ce type de résection.

- L'isolement des colectomies segmentaires est assez artificiel. Nous l'avons conservé pensant que dans l'esprit de l'opérateur il s'agissait du moins pour les T.V. de 11 à 18 cm de résections plus limitées que les recto-sigmoïdectomies avec en particulier une très faible incursion dans le méso et une ligature vasculaire près du bord intestinal.

Tant pour les suites immédiates qu'éloignées, ces 2 groupes seront cependant étudiés ensemble.

- Une seule hémicolectomie gauche pour une T.V. prise à tort pour un cancer.

- Pour les amputations trans-anales le siège des tumeurs villeuses est de 7 à 10 cm c'est-à-dire la zone intermédiaire classique.

- Une amputation intra-sphinctérienne fut pratiquée en 1950. Ce type d'intervention est depuis abandonnée. Le résultat fonctionnel fut mauvais (incontinence) et 11 mois plus tard apparut une récidive.

2 - Indications selon la biopsie

- Sur les 25 T.V. (sur 38) biopsiées :

. 21 T.V. bénignes A
. 3 dites dégénérées C
. 1 dite suspecte B

- Les 3 T.V. dégénérées subissent :

. une hémicolectomie gauche (obs. 26)
. 2 résections recto-sigmoïdiennes larges (obs. 27, et 29)

La T.V. suspecte fut enlevée par une résection recto-sigmoïdienne (obs. 30)

- Il est bien évident que pour ce groupe les erreurs ne se font qu'en excès et qu'une exérèse plus large ne peut à priori qu'être bénéfique sur le pronostic éloigné. Sur ces 4 malades un décès au 3è mois par ictère grave, peut-être transfusionnel, non imputable à la technique.

- Quant aux 21 T.V. jugées bénignes sur la biopsie, il faut faire intervenir l'aspect de la T.V. dans le type d'intervention.

3 - Aspect de la T.V.

Les 3 résections recto-sigmoïdiennes furent réalisées :

(obs. 37) - Pour une T.V. du volume d'une mandarine située à 7 cm à pédicule très large.

(Obs. 20) - Pour une T.V. du volume d'une grosse prune située à 10 cm.

(Obs. 29) - Pour une T.V. du volume d'une grosse prune située à 10 cm.

Les 3 Babcock furent réalisées :

(Obs. 22) - Pour une T.V. du volume de 2 oranges séssiles hypersécrétante, saignant au contact, d'aspect bénin à la biopsie, mais avec de nombreuses mitoses. L'impression générale était plutôt en faveur d'une T.V. très suspecte ce qui fit préférer le Babcock à une résection qui aurait techniquement été très difficile voire impossible vu le volume et le siège bas de cette tumeur. Cependant l'amputation abdomino-périnéale fut rejetée avec raison car jugée excessive alors que la malignité n'était que problématique.

(Obs. 14) - C'est le volume et l'étendue de la T.V. quasi semi-circulaire à 12 cm, le saignement au contact, bien que la biopsie fut rassurante, qui poussa au Babcock ainsi que le souci de conserver le sphincter anal, le résection ne pouvant vu le siège être entreprise avec sécurité chez cet homme de 71 ans.

(Obs. 5) - Là encore c'est le volume, l'étendue de cette T.V. à 7 cm quasi circonférentielle qui imposa une ablation large. La bénignité à la biopsie, le siège bas firent pratiquer un Babcock.

Le Toupet fut réalisé :

(Obs; 3) Pour une petite T.V. à 7 cm bénigne à la biopsie. Ce fut surtout une indication de principe.

4 - Ainsi peut-on dégager les indications qui ont été posées dans ce groupe de T.V.

a) Si l'on excepte les 2 T.V. traitées systématiquement l'une par la radiothérapie de contact, l'autre par exérèse au bistouri électrique.

b) Il apparaît que :

- Les T.V. bénignes à la biopsie de 0 à 12 cm de la marge de l'anus de volume modéré ont été enlevées par exérèse simple chirurgicale par les voies naturelles.

- Les T.V. bénignes à la biopsie siégeant au delà de 15 cm ont été pour la plupart emportées par une résection recto-sigmoïdienne plus ou moins étendue, beaucoup plus rarement par exérèse simple par colotomie. La résection segmentaire paraît techniquement plus sûre et plus satisfaisante.

- Les T.V. bénignes à la biopsie siègeant entre 10 et 14 cm, trop volumineuses, trop étendues pour une exérèse simple, ont été enlevées, par résection recto-sigmoïdienne. Celle-ci a pu être entreprise avec succès pour une T.V. à 7 cm. Mais outre qu'il faut être certain de la bénignité de la T.V., ce que ne peut affirmer la seule biopsie, il faut aussi des conditions anatomiques favorables. Dans l'ensemble, il apparaît possible sauf contre indication technique locale d'abaisser la limite de résection à 10 cm.

- Les T.V. bénignes de 7 à 12 cm dont l'aspect macroscopique était cependant suspect ou bien qui saignait au contact ou encore était très volumineuse ont été enlevée par amputation trans-anale type Babcock ou Toupet, attitude intermédiaire entre l'amputation abdomino périnéale qui a paru trop importante vu la bénignité de la tumeur, l'exérèse simple, que l'aspect de la tumeur contre indiquait, la résection recto-sigmoïdienne impossible vu le siège bas situé et le volume important de la tumeur. Une réserve cependant, le pronostic fonctionnel pas toujours satisfaisant de ce type de T.V.

Nous avons noté sur ce diagramme la fréquence de ces T.V. du groupe A de 1948 à 1963.

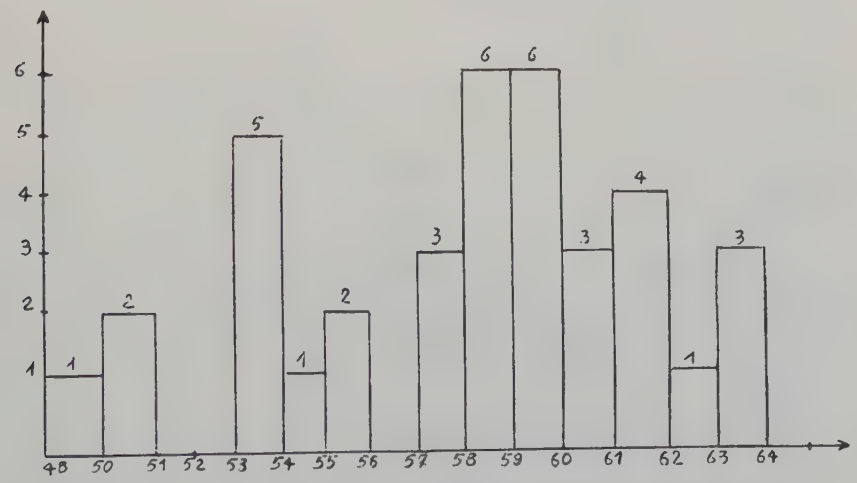


Tableau 12

2 - T.V. du groupe B - 15 observations (Tableau 13)

1 - Indications selon le siège :

	Proctologie			Exérèse VN	Exérés. par col.	Résect. R-	Colect. segm.	Colectomie		Babcock	Toupet	Abd. périné.	Hartmann	Anus	Explo.
	Coagul.	Bist. élect.	Rx					G	Dr.						
0-5cm			1	1								2			
6-1Pcm						1 (9,5cm)		1			2	1			
11-14cm				1 (13cm)		2									
15-18cm							1								
>18cm					1		1								
Total			1	2	1	3	2	1			2	3			
	1 6,6%			3 19,8%		5 33,8%		1 6,6%		2 13,2%		3 19,8%			
	26,6%					53,%						19,8 %			

TABLEAU 13

- Là encore : exérèse par les voies naturelles pour T.V. de 0 à 14 cm, la T.V. siégeant le plus haut était à 13 cm.

- La T.V. traitée par radiothérapie de contact siégeait à moins de 5 cm.

- La T.V. enlevée par colotomie était sigmoïdienne à plus de 18 cm,

- Les résections recto-sigmoïdiennes furent pratiquées pour des T.V. siégeant au moins à 9,5 cm, de l'anus, mais le plus souvent de 11 à 14 cm.

- Les colectomies sigmoïdiennes segmentaires pour les T.V. de 15 à 18 cm,

- Une colectomie gauche pour une T.V. de 6 à 10 cm

- 2 Toupet pour des T.V. de 6 à 10 cm.

. 1 T.V. était à 7 cm (obs. 60)
. l'autre (obs. 59) pour 3 T.V. à 9 - 10 et 18 cm.

- 3 abdomino-périnéales pour les T.V. de 0 à 10 cm dont 2 pour T.V. de 0 à 5 cm.

2 - Selon la biopsie, 13 T.V. biopsiées sur 15

- 11 fois T.V. suspectes (60,59, 58, 57, 51, 68, 64, 55, 56,61)

- 2 fois erreur par défaut (obs. 62 et 65) la biopsie répond TV bénigne. :

. une fois on pratique une exérèse par les voies naturelles
. une fois une résection recto-sigmoïdienne.

Si bien qu'une fois le traitement pourrait être considéré comme insuffisant. En fait chez cette femme de 92 ans (obs 62), l'exérèse d'une petite T.V. bénigne à la biopsie était très légitime de même l'abstention après histologie puisque comme nous le reverrons la musculaire muqueuse était respectée. Dans l'obs. 65 malgré le caractère rassurant de la biopsie on fit une résection recto-sigmoïdienne, car il s'agissait macroscopiquement d'une masse très hémorragique.

3 - Selon l'aspect

- nous avons vu l'observation 65.

- 3 fois, l'aspect semble avoir influencé la décision chirurgicale (Dans l'obs. 69 ou une profonde altération de l'état général avec

amaigrissement de 20 kg pour une TV située à 6 - 10 cm fit croire probablement à une forme dégénérée et pratiquer une amputation abdomino périnéale.

Dans l'obs. 58, ou la T.V. du volume d'une mandarine de siège sigmoïdien présentait une ulcération, la colectomie segmentaire fut large.

Dans l'obs. 59, parce qu'il y avait 3 T.V. et qu'il s'agissait déjà d'une récidive (polype enlevé 2 ans plus tôt).

4 - Ce groupe nous paraît plus homogène en ce qui concerne les indications posées :

- les exérèses par les V.N. furent faites pour des T.V. de volume modérée de 0 à 13 cm. suspectes, mais avec respect de la musculaire muqueuse.

- les résections recto-sigmoïdiennes prennent le relai de 9,5cm à 14 cm.

- l'exérèse par colotomie pour une T.V. au delà de 18 cm,

- les colectomies segmentaires pour des T.V. au delà de 15 cm

- les 2 Toupet pour des T.V. de 6 à 10 cm tumeurs considérées comme non dégénérées, mais justiciables d'une exérèse large avec conservation du sphincter.

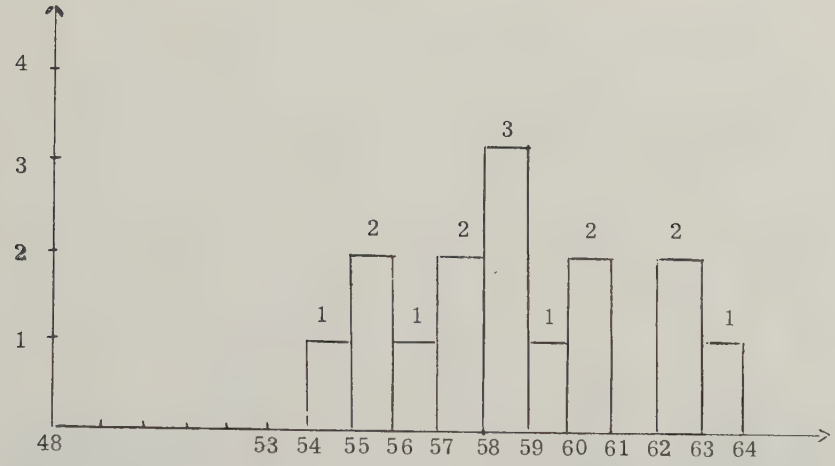
- Les trois abdomino-périnéales le furent :

. une fois parce que la biopsie avait conclu à une T.V. dégénérée; obs. 56 le siège bas de la T.V. ne laissait guère le choix.

. une fois (obs. 61) parce que la biopsie bien que non formelle était très suspecte, le siège bas de la lésion (au dessous de 5 cm) ne laissait guère le choix qu'entre l'abdomino-périnéale ou le Babcock.

. une fois l'obs. 69 que nous venons de voir.

(Voir tableau n° 14)



Tab. 14 - Fréquence des différentes interventions de 1954 à 1964

3) TV du groupe C (16 observations)

I) Indications selon le siège.

(voir tableau 15)

- Il faut noter dans cette série l'absence de T.V. dégénérée au delà de 14 cm. La T.V. la plus haute fut enlevée par résection recto-sigmoïdienne (elle siégeait à 12 cm).

- Parmi les exérèses larges, il est donc normal de trouver des amputations trans-anales et des abdomino-périnéales.

- Au total les indications en fonction du siège compte tenu de la biopsie ++ paraissent obéir aux mêmes directives que dans les groupes précédents.

2 - Indications selon la biopsie

13 T.V. biopsiées sur 16 T.V.

- 7 T.V. furent qualifiées de dégénérées (obs. 51, 44, 42, 50, 41, 40, 39) Une exérèse large fut pratiquée dont les modalités ne dépendaient plus que du siège et de l'aspect de la tumeur.

- 1 T.V. (obs. 46) macroscopiquement suspecte du fait de la présence d'une plage de nécrose, histologiquement suspecte, considérée comme dégénérée à juste raison et traitée par amputation abdomino-périnéale.

	Proctologie			EX. VN	Ex colotomie	Résection R	colotom. segm.	Colectomie		Babcock	Toupet	Abd. périn.	Hartman	Anus	Expl.
	Coag.	Bist. Elect.	Rx					G	D						
0-5cm				2								2			
6-10cm	1	1 (9cm)		2				1			3	2		1	
11-14cm						1									
15-18cm															
18cm															
TOTAL	1	1		4		1		1			3	4		1	
	2			4				5			18,7%	4			
	37 %			25 %				31 %				25%			
								56 %							

TABLEAU 15

- 1 T.V. (obs 43) ou la biopsie n'a pas porté sur la T.V. à 12cm mais sur un polype bénin associé. A la laparotomie exploratrice, métastases hépatiques. Anus iliaque de dérivation.

- 1 T.V. à 7 cm (obs. 53) d'aspect végétante et ulcérée, très suspecte à la biopsie mais l'état général altéré, l'existence de tares cardio-pulmonaire et urinaire majeures chez cet homme de 76 ans font pratiquer une simple exérèse locale. Récidive 10 mois plus tard.

- 3 T.V. la biopsie avaient conclu à tort à la bénignité.
(obs.48) TV à 5 cm bénigne à la biopsie

. exérèse par les voies naturelles
. histologie : pied de la T.V. envahi par des boyaux épithéliomateux très actifs : épithélioma cylindrique infiltrant. Recul 1 an

(Obs. 47) (71 ans) T.V. à 9 cm Biopsie : T.V. un peu suspecte.

. exérèse par les voies naturelles,
. histologie : carcinome villeux. Recul 3 ans.

(Obs. 52) (74 ans) T.V. à 4 cm

. Biopsie : T.V. non dégénérée,
. Exérèse par les voies naturelles,
. Histologie : T.V. dégénérée.
. Récidive 9 mois plus tard. Abdomino-périnéale de propreté,
. Décédé (métastases hépatiques) 1 an 1/2 après la première intervention.

- 3 fois la biopsie fut donc à l'origine d'une exérèse insuffisante compte tenu du caractère infiltrant des T.V. 1 fois on vit apparaître rapidement une récidive. Les deux autres cas ont un recul de 1 an et de trois ans ce qui est assez surprenant pour le dernier cas.

- Il faut cependant noter que dans le cadre de ces exérèses limitées dont le pourcentage nous apparaît anormalement haut (37 % contre 58 % d'exérèses larges) il faut ajouter :

- l'obs. 49 - Exérèse par les voies naturelles pour une T.V. pédiculée à 9 cm dont nous n'avons pas retrouvé la biopsie.

- l'obs. 54 - T.V. à 6 - 9 cm. Pas de biopsie retrouvée. Electrocoagulation par les voies naturelles. Récidive 2 mois plus tard, décelée au cours d'un examen systématique. Babcock. Recul 4 mois.

Nous avons été frappé par le nombre élevé d'exérèses limitées dans le groupe C.

- Si l'on excepte l'obs. 53 ou une exérèse large fut refusée pour altération importante de l'état général du malade, il n'en reste pas moins 3 exérèses limitées, soit un pourcentage d'erreur de 23 % de la biopsie dans ce groupe.

Connaissant la prudence des anatomo-pathologistes en matière de T.V., on ne peut que conclure à l'insuffisance de la biopsie d'un fragment de tumeur. C'est dire l'importance de l'exérèse-biopsie qui s'impose si les conditions de siège et de volume le permettent. Le problème des T.V. non accessibles à la biopsie, celles des T.V. séssiles non enlevables par exérèse simple est donc plus délicat.

Pour les T.V. coliques la biopsie extemporanée peut être utile. Mais il est bien difficile d'exiger une réponse formelle quand on connait les difficultés de cet examen dans les conditions normales. Il peut cependant être très utile s'il affirme une malignité avec invasion que ne faisait pas soupçonner l'aspect macroscopique. Pour les T.V. sessiles larges il ne reste que la ressource de biopsies multiples. Leur volume cependant impose des exérèses larges si bien que, la découverte d'une dégénérescence de la pièce a moins d'importance (voir les deux T.V. avec troubles hydro-électrolytiques).

3 - Quant à l'aspect de la T.V. il n'a guère joué de rôle dans ce groupe. La seule T.V. macroscopiquement suspecte l'était aussi à la biopsie. L'existence de tares importantes contrindique toute exérèse large.

4 - T.V. bénignes + T.V. dégénérées : 2 observations :

a) - Dans l'observation 67, en fait, la biopsie porta sur la T.V. dégénérée à 3 cm. Une amputation abdomino-périnéale fut pratiquée La T.V. bénigne ne fut découverte que sur la pièce à 40 cm. Cette T.V. entre donc à part entière dans le groupe des T.V. dégénérées dont elle partage le pronostic.

b) Dans l'obs. 70, la T.V. à 8 cm était dégénérée à la biopsie celle à 18 cm bénigne. L'intervention entreprise en 1953 fut un Hartmann, ce qui semble logique. On pouvait cependant discuter vu le siège de la T.V. dégénérée une amputation abdomino-périnéale ou si l'on voulait conserver le sphincter anal un Babcock.

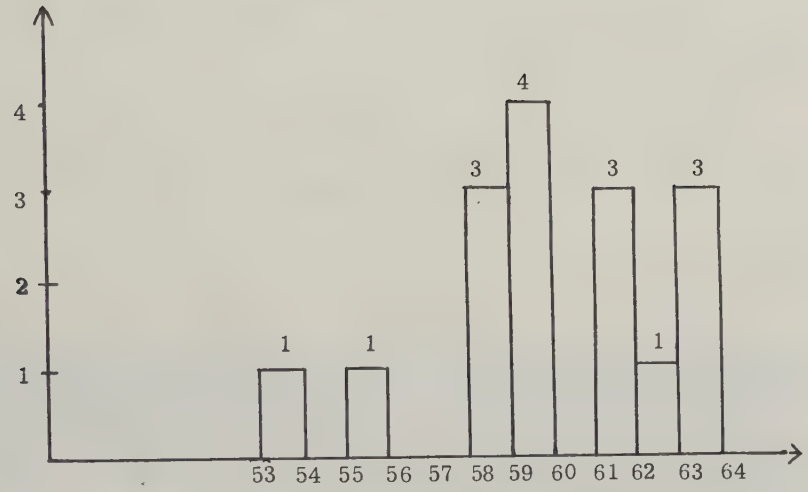


Tableau 16 - Siège de la T.V. avec un pourcentage d'erreur importante (par rapport à ce groupe)

5 - Quant au groupe des T.V. associées à un cancer, il est bien évident que celui-ci conditionna les modalités thérapeutiques.

- Les hémicolectomies gauches furent pratiquées pour :

. obs. 73 - un cancer sigmoïdien (T.V. à 14 cm)
. obs. 74 - un cancer recto-sigmoïdien haut à 16 cm (TV sous jacente à 14 cm)
. obs. 77 - un cancer de la partie haute de l'ampoule à 12 cm (TV à 9 cm)

- Les résections coliques le furent pour :

. obs. 76 - 1 cancer sigmoïdien (TV à 7 cm)
. obs. 75 - 1 cancer recto-sigmoïdien (TV à 11 cm) Dans ce dernier cas, l'exérèse fut palliative de propreté, vu l'existence de métastases hépatiques.

- Enfin dans l'obs. 78, une hémicolectomie droite enleva le cancer du côlon droit, tandis que par résection segmentaire on put retirer la T.V. située de 11 à 14 cm

6 - T.V. et troubles hydro électrolytiques

Dans l'obs. 79, l'amputation abdomino-périnéale fut imposée par l'étendue de la T.V. rectale de 0 à 14 cm et qui par ailleurs était suspecte à la biopsie, bien que le rapport histophotométrique soit en faveur de la bénignité.

Dans l'obs. 80, la T.V. sigmoïdienne fut enlevée par colectomie segmentaire imposée par le volume de la tumeur, par le volvulus de l'anse sigmoïde qu'elle avait entrainé.

CONCLUSION

Il ressort de l'étude de ces différents groupes que l'influence de la biopsie reste l'élément le plus important dans la décision thérapeutique faisant opter pour l'exérèse large ou limité. Dès lors intervient le siège de la T.V. qui va guider plus particulièrement les modalités techniques. Il faut noter dans les 3 grands groupes A, B, C le pourcentage important d'exérèses, larges :

- s'il est de 47,2 % dans le groupe A
- il atteint 68,7 % dans le groupe B
- et seulement 56 % dans le groupe C

Le pourcentage élevé du groupe B s'explique aisément par le caractère incertain de la réponse anatomo-pathologique, si bien que dans le doute le chirurgien a préféré faire une exérèse large. Que ce soit par excès ou par défaut les résultats de la biopsie sont en grande partie responsable de cet état de fait :

- 4 erreurs par excès dans le groupe A (sur 25)
- 2 erreurs par défaut dans le groupe B (sur 13)
- 3 erreurs par défaut dans le groupe C (sur 13)

Soit sur 51 T.V. biopsiées, 17,6 % d'erreur.

Pourcentage retrouvés comme nous l'avons vu dans les autres statistiques :

Wheat et Ackerman : 26 %

Le problème de la biopsie doit donc être reconsidéré :

- soit par exérèse-biopsie si elle est possible
- soit par l'histophotométrie si à l'usage elle s'avère satisfaisante.

oOo

RESULTATS

I - MORTALITE OPERATOIRE ET COMPLICATIONS POST-OPERATOIRES NON MORTELLES

1 - Groupe A

a) - sur 38 malades :

. 2 décès :

(Obs. 5) - Décès dans les suites immédiates d'une fermeture d'anus transverse (2 ans après un BABCOCK .Anus confectionné dans les suites de l'intervention pour nécrose intestinale).

(Obs. 30) - Ictère grave 3 mois après une résection recto-sigmoïdienne (probablement hépatite virale post-transfusionnelle).

En fait seul le premier peut être considéré comme étant en rapport avec l'acte chirurgical, mais non avec le Babcock proprement dit. Soit une mortalité globale pour ce groupe de 2,7 % (1,37)

- la mortalité est nulle pour les exérèses chirurgicales simples, encore que ce décès soit survenu dans les suites d'une fermeture d'anus ne soit pas directement imputable à l'exérèse large).
- Elle est de 5,5 % pour l'ensemble des exérèses larges.

c) - Par ailleurs aucune complication post-opératoire pour les 36 malades restants

2 - Groupe B

a) - Sur 15 malades :

. 1 décès post-opératoire

(Obs. 68)- Dans les suites immédiates d'une amputation abdomino-périnéale d'hémostase chez une cirrhotique décompensée présentant

des hémorragies importantes à partir d'une récidive villeuse (1ère tumeur traitée par radiothérapie de contact). Donc cas très particulier.

Soit une mortalité globale pour ce groupe de 6,6 %

b) - Selon le type d'intervention ;

- La mortalité est nulle pour les exérèses chirurgicales simples (traitements proctologiques compris c'est-à-dire électro-coagulation et radiothérapie de contact)

- Sur 11 interventions larges, 1 décès survenu dans des circonstances particulières vu le terrain.

c) - Parmi les complications post-opératoires :

- 1 phlébite après recto sigmoïdectomie (obs. 57)
- 2 occlusions tardives

. l'une six mois après TOUPET par sténose inflammatoire de l'anastomose. Anus et Noble (obs. 59)

. l'autre 2 ans après amputation abdomino-périnéale.

- 1 suppuration de paroi (obs. 67) . Donc 10 suites immédiates simples.

3 - Groupe C et Tumeurs Villeuses bénignes + Tumeurs villeuses malignes.

a) - Sur 18 malades :

. 2 décès post-opératoires

(Obs; 43) - Embolie pulmonaire après anus iliaque.

(Obs. 70)- Défaillance cardio-vasculaire après HARTMANN

Soit une mortalité globale pour ce groupe de 11,1 % (2/18)

b) - Selon le type d'intervention

- la mortalité des exérèses simples est nulle (y compris la proctologie)

- la mortalité de l'ensemble des exérèses larges est de 7 % (1/1 mais il est à noter que la mortalité est nulle pour les exérèses larges actuellement pratiquées. Le seul décès date de 1953 après Hartmann. Par contre le seul anus de dérivation a été suivi d'un rapide décès post-opératoire. La gravité de ces dérivations coliques palliatives est certaine.

c) - Complications post-opératoires non mortelles.

- 1 lachage partiel d'une suture extra-péritonéale après hémicolectomie gauche. Anus de dérivation. Asséchement de la fistule. Fermeture de l'anus 3 mois plus tard (obs. 50)

- 1 eviscération après Toupet

- 2 embolies pulmonaires non mortelles traitées par anticoagulants.

Donc 12 suites immédiates simples

4 - Tumeurs villeuses avec troubles hydro-électrolytiques

- 2 suites simples.

5 - Tumeurs villeuses + Cancer

- 2 décès post-opératoires par embolie pulmonaire (28,5 %)

- 5 suites simples.

6 - Au total

Il faut noter :

- la mortalité post-opératoire nulle des traitements "limités" exérèse chirurgicale simple de la tumeur villeuse, électro-coagulation, radiothérapie de contact.

- La mortalité post-opératoire certaine des intervention "larges" surtout dans le groupe C - 7 %. Pour les groupes A et B, les décès sont survenus des circonstances telles qu'ils ne peuvent être réellement mis au passif de la méthode. Globalement, cependant, tenu compte des réserves précédentes on a pour les 3 groupes, 3 décès sur 38 exérèses larges.

Il faut signaler le décès après anus simple de dérivation, dont on sait la gravité en matière de cancer (8 % de mortalité post-opératoire des colostomies dans la statistique de A. Mouchet en 1962).

Par contre les résections coliques par voie abdominale pure n'ont aucune mortalité post-opératoire : ce fait doit être souligné. Il faut en tenir compte lors des indications thérapeutiques.

II - RESULTATS ELOIGNES

- Groupe A

1 - Traitements limités

A - Exérèses chirurgicales simples par les voies naturelles :

1) de 1948 - à 1963 :

- 15 ont été faites,
- 2 perdus de vue (obs. 19 - 21)
- sur les 13 restants :

. 2 n'ont été suivis que jusqu'en 1959 avec un recul de 2 ans pour l'obs. 4, 1 ans pour l'obs. 15.

Ils étaient bien portants à cette date.

11 suivis jusqu'en janvier 1964, dont
- 8 bien portants sans récidives. Recul :

. 2 à 11 ans (obs. 1 - 2)
. 1 à 6 ans (obs. 16)
. 1 à 4 ans 1/2 (obs. 7)
. 4 de 2 à 3 ans 1/2 (obs. 8 - 9 - 10 - 24)

- 3 récidives. Bien portants en janvier 1964 après réintervention.

. La première tumeur villeuse était rectale,
. La récidive survient au 7è mois (obs. 38)
au 18è mois (obs. 35)
à 5 ans (obs. 32)

. 1 fois dégénérée sur la cicatrice d'exérèse (obs. 35) Amputation abdomino-périnéale,
. 2 fois bénignes :

. la première très proche de la 1ère exérèse. Enlevée par colotomie par voie abdominale (obs. 32)
. la 2è sur la cicatrice d'exérèse. Amputation abdomino-périnéale (obs. 38)
. recul : 5 ans 7 mois (obs. 32)
4 ans 2 mois (obs. 35)
3 ans (obs. 38)

2 - Résultats à 5 ans :

- 8 exérèses ont été faites de 1948 à 1958

. 1 perdue de vue (obs. 21)
. 2 suivies 1 à 2 ans jusqu'en 1959 (obs. 4 - 15)

- 5 suivies jusqu'en 1964 dont

- 3 bien portants sans récidive avec un recul de :

. 2 à 11 ans (obs. 1 et 2)
. 1 à 6 ans (obs. 16)

- 2 récidives (obs. 32 et 35) bien portants après réinterventions.

Soit 60 % vivant sans récidives, 30 % de récidives.

3 - S'il s'agit d'une intervention bénigne, l'exérèse par les voies naturelles d'une tumeur villeuse est grevée d'un pourcentage élevé de récidive.

B - De 1948 à 1963, 3 exérèses chirurgicales simples de la tumeur villeuse par voie abdominale :

- 2 d'emblée pour tumeurs villeuses haut situées (24, et 22 cm)
  - . 1 suivi jusqu'en 1961. Allait bien. Recul 5 ans 3 mois (obs. 25)
  - . 1 suivi jusqu'en 1964. Va bien. Recul 1 an 10 mois

- 1 pour récidive bénigne après exérèse de la tumeur villeuse par les voies naturelles. Va bien en 1964. Recul 5 ans 7 mois (obs. 32)

- A 5 ans, soit de 1948 à 1958, 2 exérèses ont été faites :
  - . Les 2 malades sont bien portants en 1964. 100 %
  - . aucune récidive.

- Le petit nombre d'exérèse ne permet pas de juger effectivement cette technique. Il faut cependant noter l'absence de récidive, peut être parce que l'exérèse est plus facile, plus complète en ce qui concerne la collerette et les différents constituants de la paroi colique.

C - 2 électro-coagulations (de 1948-à 1958)

- 1 récidive bénigne 7 mois plus tard (obs. 33) sur la zone coagulée. Résection recto-sigmoïdienne. Va bien en 1964 avec un recul de 10 ans.

- Une électro-coagulation d'une récidive bénigne 11 mois après amputation intra-sphinctérienne. Nouvelle récidive 11 mois plus tard au même endroit. Suivi jusqu'en 1959. Allait bien avec un recul de 7 ans.

Soit sur 3 coagulations effectives, 2 récidives, 1 guérison à 7 ans.

D - 1 radiothérapie de contact

Récidive maligne au même niveau (5 ans) 6 mois plus tard. Amputation abdomino-périnéale. Décès 18 mois plus tard d'une infection du myocarde (obs. 34)

Au total, électro-coagulation et radiothérapie de contact ont été trop peu utilisées pour pouvoir les juger. La fréquence des récidives doit être notée.

- Sur 12 malades suivis jusqu'en 1964, traités par exérèse chirurgicale simple de la tumeur villeuse :

. 75 % sont vivants sans récidive,
. 25 % ont récidivé et sont actuellement bien portants, après réintervention.

- A 5 ans, sur 6 cas :

Tous bien portants en 1964

- 66,3 % sont bien portants en 1964 sans récidive,
- 33,3 % ont récidivé (bien portants après traitement de la récidive en janvier 1964).

Si le pourcentage de récidive est élevé, il faut cependant noter que la guérison pourra en règle être obtenue secondairement par une exérèse large.

II - Exérèses larges

A - Résection colique gauche par voie abdominale pure :

1- 15 interventions de 1948 à 1963 : a) - 14 d'emblée

. 1 décès au 3è mois par ictère grave,
. 1 perdu de vue en 1959, 2 mois après l'opération (obs. 6)
. 12 bien portants en janvier 1964 dont :

- 11 sans récidives. Recul :

. 1 à 16 ans (obs. 20 - recto-sigmoïdectomie)
. 1 à 8 ans 9 mois (obs. 29 - recto-sigmoïdectomie)
. 1 à 6 ans 2 mois (obs. 13 - colectomie segmentaire)
. 1 à 5 ans 4 mois (obs. 26 - hémicolectomie gauche vraie)
. 1 à 5 ans (obs. 28 - recto-sigmoïdectomie)
. 1 à 4 ans 6 mois (obs. 17 - colectomie segmentaire)
. 2 à 3 ans (obs. 18 et 28 - colectomies segmentaires)
. 1 à 1 an (obs. 27 - recto-sigmoïdectomie)
. 2 à 7 mois (obs. 12 et 31 - colectomie segmentaire et résection recto-sigmoïdienne)

- 1 avec récidive (obs. 37)

Récidive maligne rectale, 5 ans après résection recto-sigmoïdienne. Amputation abdomino-périnéale, va bien en janvier 1964. Recul 6 ans.

b) -1 pour récidive (obs. 93) Va bien en 1964. Recul 10 ans

Soit au total 13 vivants en 1964, 92,3 % sans récidive, 7,7 % avec récidive.

2 - A 5 ans - 6 colectomies de 1948 à 1958

- 5 bien portants en 1964 sans récidive (83,3 %).
(Recul 16 ans - 8 ans 9 mois - 6 ans 2 mois - 5 ans)

- 1 récidive (16,7 %) (bien portant en 1964 après réintervention)

B - 4 amputations trans-anales (3 Babcock - 1 Toupet)

- 1 perdu de vue en 1958. Avait 8 mois de recul
- sur les 3 restants :

. 2 bien portants en 1964 sans récidive avec un recul de
11 ans (obs. 3)) résultat fonctionnel.
5 ans 3 mois (obs. 14)) bon dans les 2 cas.

- 1 décès, 2 ans après Babcock, dans les suites immédiates d'une fermeture d'anus colique (échec technique)

C - 1 amputation intra-sphinctérienne :

- 1 récidive : 11 mois plus tard, à la jonction ano-cutanée. Ablation au bistouri électrique.

- 2è récidive : 11 mois après la précédente. Electro-coagulation. Va bien en 1959 soit 7 ans après la dernière intervention.

D - 4 amputations abdomino-périnéales (de 1948 à 1963. 34, 35, 37)

- Toutes pour récidives rectales (3 malignes obs. 34, 35, 37 1 bénigne volumineuse, obs. 38, en fait 3 tumeurs villeuses sur la pièce).

- 1 décès par infarctus du myocarde 18 mois plus tard (obs. 34

- 3 bien portants en 1964. Recul : 5 ans 3 mois (obs. 37)
4 ans 2 mois (obs. 35)
3 ans (obs. 38)

- A 5 ans 1 seule amputation faite de 1948 à 1958

. Bien portant en 1964. Recul 5 ans 3 mois (obs. 37)
. Il s'agissait d'une récidive maligne.

L'amputation abdomino-périnéale a donc été le traitement de choix des récidives rectales basses dégénérées.

E - Pour l'ensemble des exérèses larges (l'amputation intra-sphinctérienne exclus), résultats à 5 ans.

Tous bien portants en 1964 - 87,5 % bien portants en janvier 1964 sans récidive.

- 12,5 % de récidive. Bien portants en 1964 après amputation abdomino-périnéale (1/8)

III - Au total :

- La majeure partie des tumeurs villeuses du groupe A furent traitées par la chirurgie. Résections coliques avec rétablissement immédiat de la continuité et exérèse simple de la tumeur ont été utilisés dans 77 % des cas (48,6 % exérèses simples, 51,4 % exérèses larges).

- Les exérèses simples sont des interventions bénignes (mortalité opératoire nulle). Mais à 5 ans 33,3 % de récidive dont 2/3 malignes nécessitant une 2è intervention d'exérèse large avec le plus souvent sacrifice du sphincter. Les exérèses simples par voie abdominale (peu utilisées au profit des colectomies) semblent de meilleur pronostic que celles par les voies naturelles. Celles-ci doivent obéir à des règles strictes de siège, de volume, conditionnant une exérèse satisfaisante de la tumeur villeuse.

- Les exérèses larges ont un pourcentage de mortalité opératoire de 5,5%. A 5 ans, les récidives sont plus rares (12,5 %)(1/8) S'adressent à des tumeurs villeuses bénignes, elles doivent concerner le sphincter. Les amputations abdomino-périnéales sont en règle réservées aux récidives malignes bas situées).

- Groupe B

1 - Traitements limités

A - 2 exérèses chirurgicales simples par les voies naturelles

- l'une avant 1958, perdue de vue depuis l'opération (obs.55)
- l'autre après 1958. Va bien en janvier 1964. Recul 4 ans (obs. 64)

B - 1 exérèse simple par voie abdominale (après 1958)

. 18 mois plus tard, cancer étendu de l'estomac
. pas de récidive colique

C - 1 radiothérapie de contact (obs. 68) (après 1958)

. récidive maligne 2 ans et 10 mois plus tard,
. Anus iliaque gauche.
. Hémorragies très importantes,
. Amputation abdomino-périnéale d'hémostase
. Décès post-opératoire.

II - Exérèses larges :

A - 6 résections coliques par voies abdominale pure de 1948 à 1963 :

. 1 perdu de vue après l'opération (obs. 65 - recto-sigmoïdectomie)
. 4 bien portants en 1964 . Recul :

. 1 à 7 ans (obs. 58 - recto-sigmoïdectomie)
. 1 à 5 ans 3 mois (obs. 63 - recto-sigmoïdectomie)
. 1 à 3 ans 1/2 (obs. 55 - colectomie segmentaire)
. 1 à 1 an 1/2 (obs. 57 - colectomie segmentaire)

. 1 récidive hémicolectomie gauche vraie). Repris par abdomino-périnéale. Va bien en janvier 1964. Recul 1 an.

. Soit sur les cas suivis jusqu'en 1964 :

. 100 % bien portants
. mais 80 % d'emblée sans récidive.
. 20 % de récidives (réintervention)

. A 5 ans : 3 cas opérés de 1948 à 1958

. 1 perdu de vue,
. 2 bien portants en janvier 1964

B - 2 Toupet (avant 1958) Bien portants en 1964. Recul :

. 6 ans (obs. 59 - fonction sphinctérienne médiocre)
. 5 ans 2 mois (obs. 60 - fonction bonne)

C - 5 abdomino-périnéales :

. 3 d'emblée :

. 1 perdu de vue en 1959. Avait alors un recul de 4 ans (obs. 61)
. 2 bien portants en janvier 1964 avec un recul de :

. 9 ans 3 mois (obs. 56)
. 3 mois (obs. 69)

- 2 pour récidives malignes
- 1 décès post-opératoire (Obs. 68)
- 1 va bien en 1964 . Recul 1 an.

III - La tendance dans ce groupe est aux exérèses larges avec une préférence pour la colectomie segmentaire et rétablissement immédiat de la continuité (35,7 % de l'ensemble des interventions). Bien qu'il s'agisse de tumeurs villeuses histologiquement non dégénérées, (ce qui n'est prouvé que sur l'examen de la pièce d'exérèse), le caractère suspect de la biopsie, explique cette préférence du chirurgien.

Sur 9 suivies jusqu'en 1964 :

- 88,8 % bien portants sans récidive;
- 12,7 % de récidives (réopérés et bien portants en 1964. Amputation abdomino-périnéale).

A 5 ans de 1958 : 7 exérèses larges ayant survécu à l'intervention,

. 2 perdus de vue,
. 5 suivis jusqu'en 1964. Bien portants.

soit 71,4 %

En l'absence d'une plus grande précision histologique (l'étude du rapport histophotométrique de ces tumeurs serait particulièrement intéressante)la prudence commande l'exérèse large. La conservation de la fonction sphinctérienne est souhaitable. L'amputation trans-anale type BABCOCK mériterait de retrouver pour les tumeurs villeuses suspectes bas situées, une place qu'elle paraît avoirperdu depuis 1958

- Groupe C et Tumeur villeuse bénignes + tumeur villeuse dégénérée

I - Traitements limités

A - 6 exérèses par les voies naturelles de 1948 à 1958

.1 - 5 d'emblée :

- 1 perdu de vue (obs. 49)
- 2 bien portants en janvier 1964 avec un recul de
  . 3 ans (obs. 47))
  . 1 an (obs. 48))

On a renoncé à une exérèse plus large, du fait du grand âge (obs. 47) du psychisme, de complications emboliques (obs. 48).

- 2 décès par récidive maligne

. 1 an après électrocoagulation de la récidive (survie 3 ans 4 mois) obs. 53

. 1 an après amputation abdomino-périnéale (survie 2 ans) obs. 52

2 - 1 exérèse de récidive locale ano-cutanée après TOUPET

- Récidive actuelle maligne (4è) (avril 1964). Blocage néoplasique du petit bassin avec envahissement vésical. Anus iliaque de dérivation (obs. 51)

Soit sur 5 malades suivis :
- 2 bien portants en 1964 sans récidive (40%)
- 2 décédés de récidives malignes,
- 1 récidive maligne (anus palliatif actuel)

3 - A 5 ans :

Sur 2 cas : - 2 récidives,
- 2 décès

L'exérèse d'une tumeur villeuse dégénérée par les voies naturelles est vouée à la récidive maligne et doit donc être proscrite.

B - Electrocoagulation

1 - 1 d'emblée - récidive maligne sur la zone de coagulation décelée par un examen systématique 2 mois plus tard. Minime BABBOCK. Recul 2 mois.
2 - 1 sur récidive (obs. 53) décédé.

II - 2 anus iliaques gauches palliatifs.

- 1 décès post-opératoire,
- 1 pour blocage du petit bassin (obs. 51)

III - Exérèse larges :

A - 1 HARTMANN (avant 1958)

- décès post-opératoire (obs. 70)

B - 1 résection recto-sigmoïdienne (après 1958)

- Va bien en janvier 1964. Recul 8 mois

C - 1 hémicolectomie gauche vraie,

- va bien en 1964, recul 4 ans 11 mois (obs. 40)

D - 3 TOUPET - 1 BABCOCK

- 3 d'emblée :

. 1 va bien en 1964 recul 9 ans (mauvais résultat fonctionnel)(obs. 45)

. 2 récidives malignes :

- 1 décédé (obs. 50)(rec.)
- 1 avec actuellement blocage du petit bassin.

- 1 Babcock pour récidive après électrocoagulation.

. va bien en 1964, 2 mois

- A 5 ans - 2 cas :

- 1 décédé
- 1 bien portant.

E - 6 abdomino-périnéales

- 5 d'emblée

. 1 décédé de récidive maligne (obs. 39)
. 1 décédé (coma urémique) (obs. 42)
. 3 bien portants en 1964 (recul :

- 2 mois (obs. 46)
- 4 ans 1/2 (obs. 64)
- 6 ans 2 mois (obs. 71)

. 1 pour récidive : décédé (obs. 52)

Soit 50 % décédés.

- A 5 ans - sur 3 cas :

- 33,3 % bien portants
- 66,6 % décédés.

IV - Ce groupe doit être assimilé pour le traitement à celui des cancers.

Il faut souligner la gravité d'une erreur par défaut de la biopsie.

Le pronostic est beaucoup plus grave que dans les 2 groupes précédents.

- A 5 ans - Sur 5 exérèses larges ayant survécu à l'opération :

- 2 décès par récidive,
- 2 bien portants
- 1 récidive;

Soit 40 % décès
40 % bien portants,
20 % récidives.

OU 60 % récidives,
40 % bien portants.

L'amputation abdomino-périnéale est souvent indiquée. Son pourcentage de survie est ici particulièrement faible (récemment dans une statistique de 120 amputations, pour cancer du rectum. A. MOUCHET notait 43 % de guérison à 5 ans).

Enfin en ce qui concerne le résultat fonctionnel des amputations abdomino-transanalées. Sur 9 cas :

- 44,4 % de bons résultats,
- 33,3 % de moyens
- 22, 2 % mauvais.

En ce qui concerne les bons résultats :

- 50 % TOUPET,
- 50 % BABCOCK

En ce qui concerne les mauvais :

- 50 % TOUPET,
- 50 % BABCOCK

En ce qui concerne les résultats médiocres :

- 100 % TOUPET,
- Pas de BABCOCK dans cette série.

Les 2 tumeurs villeuses avec troubles hydro-électrolytiques ont été exclues par manque de recul.

Quant aux 7 tumeurs villeuses associées à un cancer, elles sont à priori exclues.

A titre comparatif, on peut cependant noter :

- 1 décès après une survie de 3 ans 6 mois (obs.78)
- 2 survies à 7 ans (obs. 73)
  1 ans 8 mois (obs. 77)

2 - 2 colectomies gauches segmentaires :

- 1 décès après survie de 1 ans 7 mois (colectomie de propreté)

- 1 perdu de vue.

3 - 1 exploratrice. Métastases hépatiques. Décès dans les suites immédiates.

4 - 1 hémicolectomie droite avec résection recto-sigmoïdienne dans le même temps opératoire. Décès post-opératoire.

- Soit sur 6 cas suivis, 2 décès post-opératoires 33,3 %,
- Sur les 4 ayant survécu à l'opération :

  - 2 décès,
  - 2 bien portants en 1964

A 5 ans : - 2 cas :

  - 1 décès
  - 1 bien portant en 1964 (recul 7 ans)

Donc même pronostic des tumeurs villeuses dégénérées et des cancers authentiques.

oOo

T.V. DU GROUPE A - RECIDIVES

N°	1ère T.V.				Date d'apparition après la 1re Int.	RECIDIVE							Recul depuis la dern. Int.
	Siège	Biopsie	1re Int.	Histo.		Siège	Biopsie	2e Int.	Histol.	Suites	D.N.	Age	
32	R-12 cm Cerise	?	Exérèse par les VN	A	5 ans	s - 19 cm	-	Exérèse simple après colotomie	A	- Ablation d'un myxo-fibrome bénin rétropérinéal en juillet 63 - va bien depuis.	1963	86	5 ans 7 mois
33	RS 14 cm		ablation de l'anse élec-	?	7 mois	RS aspect bénin	A	résection rétro-sigm.	A	va bien	1964	69	10 ans
34	R - 5 cm	?	Radiothérapie de contact	?	6 mois	R 5 cm circul;	C	Amputation abdomino-périnéal	C	Décès par infarctus du myocarde	1960	70	DCD
35	R 7 cm mandarine	A	Exérèse par les voies naturelles	A	18 mois	Sur la cicatrice opératoire à 2 cm de la ligne ano-cutanée	B ou C	Amputation Abdomino-périnéale	C	va bien	1964	63	4 ans 2 mois
36	R. 6 cm sessile	A	Amputation intra-sphinctérienne du rectum	A	11 mois 1è Réc. 11 mois 2è Réc.	jonction ano-cutanée id.	 ?	Exérèse au bis. élect. Electrocoagulation de la récidive	A probable A probable	 Radium + RX+ hystérectomie totale pour cancer du col utérin	1959	87	7 ans
37	R. 7 cm Mandarine pédiculée	A	Résection rétro-sigmoïd.	?	5 ans	jonction ano-rect ; aspect de cancer	C	Amputation abdomino périnéale	C	Va bien	1963	78	5 ans 3 mois
38	R 7 cm sessile	?	Exérèse par les voies naturelles	A	7 mois	R. 4 cm	A	Amputation Abdomino-périnéale	3 TV A	va bien	1964	68	3 ans

T.V. DU GROUPE B - RECIDIVES

67	R. 10 cm 7 cm	B	Hémicolectomie gauche	B	3 ans	6 cm sur suture partie post.	Macros. dégénérée	Abdomino - périnéale	C	va bien	1964	67 ans	1 an
68	R. 5 cm	B	radiothérapie contact	-	2 ans 10 mois	même niveau	Macros. dégénérée	Anus iliaque gauche pour sténose rectale puis abdomino-périnéale d'hémostase	C	Cirrhose de Laennec	1963	60	D.C.D.

T.V. RECIDIVES - GROUPE C

50	REC. 7 cm	C	Toupet	C	2 ans 5 mois	Rectum + bassin	C	néant	-		1962	DCD	76 ans
52	R. 4 cm	A	Exérèse voie nat.	C	8 mois	Rec. 6 cm	C	Abdomino-périnéale	C	Métastases hépatiques	1955	DCD	1 an de survie
53	Rectum 7 cm	B	Exérèse VN (très mauvais terrain 76 ans)	C	10 mois	Rect. cicat. de la suture	C	Electro-coagulat.		DCD 4. 1962 soit 2 ans et demie après le traitement de la récidive.(nouvelle récidive avec envahissement vésical)			
54	Rectum	B ou C	Electro-coagul. Dr. Soullard)	?	2 mois	Rect. sur la cicat. (pois)	B ou C	Babcock	Cicatrice sans signe de récidive	2 polypes bénins au dessus la cicatrice. Va bien	1963 de	70	2 mois
51	Rec 10 cm	C	Toupet	C	16 mois 1è Rec. + 8 mois 2è Rec. + 18 m. 3è Rec. 4è Rec	petite masse pédiculée ano-cutanée polype région anale Masse para-anale blocage petit bassin	 ? ?	Exérèse biopsie Electro-coagul. Exérèse de la tumeur	C ? C C	 Anus palliatif de dérivation.	1964	81 ans	1 an 10 mois

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

I - Elles seront fonctions :

1 - Essentiellement, des résultats de la biopsie

2 - Du siège de la tumeur, de son volume, de son aspect

3 - du l'âge, de la résistance du malade

En fait, les erreurs de la biopsie ne sont pas rares, particulièrement graves quand elles sont par défaut. Seul, l'examen de toute la pièce, de toute la base d'implantation surtout peut permettre une identification correcte de la tumeur.

Sur les seules données de la biopsie, certes, on peut faire le traitement de choix, mais on hésite souvent à faire trop, avec le risque non négligeable de mortalité des exérèses larges, à faire trop peu avec le risque de récidives.

II - Pour les tumeurs du GROUPE A, c'est-à-dire bénignes à la biopsie :

1 - Si la tumeur est rectale de 0 à 10 cm,

a) - pédiculée ou sessile, de petit volume (diamètre à 3 cm)

On a le choix entre :

- l'électrocoagulation,
- la radiothérapie de contact,
- l'exérèse chirurgicale simple, par les voies naturelles à laquelle va notre préférence.

- parce que l'exérèse est plus large en particulier muqueuse,
- parce que l'on peut étudier la pièce totalement au microscope.

La découverte d'une zone dégénérée commanderait en règle une exérèse large secondaire systématique (Faux A)

b) - Sessile à base large, volumineuse :

- on peut encore avoir recours à l'exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles.

- l'examen de la totalité de la base d'implantation pourrait là aussi commander un geste secondaire.

- mais le volume, l'étendue peuvent être telles qu'il faut parfois recourir à une exérèse plus large :

. une tumeur V étendue, de l'anus à 10 - 12 cm imposera une amputation abdomino-périnéale. Indication exceptionnelle. (1 cas obs. 79)

. si le pôle inférieur de la tumeur V est de 5 à 6 cm ou plus c'est la zone des amputations trans-anales, type Babcock (que certains abaissent mêmes)

. à 6 cm, certains auteurs font des résections par voie abdominale pure. La limite de celles-ci reste cependant 10 cm.

- Rappelons que dans la statistique de :

. 0 - 5 cm : 5 exérèses par les voies naturelles,
. de 6 à 10 cm : 7 exérèses par les voies naturelles.
3 résections recto-sigmoïdienne (la TV la plus basse étant à 7 cm)
2 Babcock - Toupet (TV. à 7 cm)

Choisir entre exérèse simple, exérèse large est délicat à ce niveau du rectum.

Il est certain qu'une exérèse simple expose à des récidives (30 % à 5 ans). Il n'en est pas moins certain qu'il s'agit d'une intervention bénigne (pas de mortalité) qu'une récidive peut être décelée tôt si l'on impose une surveillance périodique qui est indispensable +++

Il est non moins certain que les exérèses larges à ce niveau hormis, les rares résections recto-sigmoïdiennes par voie abdominale avec suture colorectale, sont le plus souvent des amputations trans anales dont le résultat fonctionnel n'est pas toujours parfait. Dans la statistique sur 9 Toupet-Babcock :

- 44, 4 % bons,
- 33, 3 % moyens
- 22, 2 % mauvais.

- Chez un sujet âgé, on aura plutôt tendance à faire moins,
- chez un sujet jeune, on aurait plutôt tendance à faire "plus large".

Mais l'attitude logique est celle reposant sur l'examen histologique, de toute la base d'implantation. Si celle-ci est indemne, une exérèse correcte par les voies naturelles devrait suffire.

2 - Si la tumeur Villeuse est située entre 11 et 14 cm :

- en principe, c'est à la chirurgie qu'il faut s'adresser.

Jusqu'à 12 cm, on peut encore avoir recours à l'exérèse simple par les voies naturelles, si les conditions anatomiques le permettent et la tumeur n'est pas trop volumineuse.

- Le plus souvent c'est à la résection segmentaire par voie abdominale pure que l'on aura recours.

En effet, autant on peut hésiter entre une exérèse limitée et une exérèse large pour les tumeurs villeuse bas situées, autant dès que l'on peut faire une résection segmentaire par voie abdominale pure, celle-ci paraît préférable à la simple polypectomie. Dans l'état actuel de la chirurgie colique, elle représente un risque guère plus important que la polypectomie simple. Le rétablissement de la continuité suivra immédiatement l'exérèse.

Bien entendu, cette exérèse s'impose si la tumeur villeuse est volumineuse, ou largement sessile.

C'est également, une meilleure prévention contre les récidives.

- Certains cas limites peuvent bénéficier d'un Babcock (difficultés ou impossibilité d'anastomose correcte). La résection par voie abdominale pure doit être préférée chaque fois que possible.

3 - Au delà de 14 cm, sigmoïde et côlon descendant, c'est à la colectomie segmentaire avec anastomose termino-terminale en un ou deux plans, que l'on aura recours.

III - Tumeurs du Groupe B

- C'est ici que les résultats de la biopsie sont les plus délicats à interpréter.

- En effet, le caractère histologique essentiel de ce groupe étant le respect de la totalité de la musculaire muqueuse, le plus souvent la biopsie ne permet pas de trancher, même si elle intéresse une par

partie du pied de la tumeur.

- l'attitude logique serait de pouvoir enlever toute la TV et d'examiner toute la base. Si celle-ci est indemne, une exérèse simple suffirait en principe. Si elle est envahie, il faudrait faire une exérèse large. L'étude du rapport histophotométrique serait ici particulièrement utile.

- En pratique, la réponse de l'anatomo-pathologiste est presque toujours suspecte. Par ailleurs, ces tumeurs présentent souvent un aspect macroscopique superficiel douteux avec saignement au contact.

- Pour ces raisons, le chirurgien préfère avec raison dans le doute une exérèse large.

1 - Si bien que pour les tumeurs rectales de 0 à 10 cm

- la tendance est d'abaisser la limite de la résection par voie abdominale pure (jusqu'à 9,5 cm dans la statistique)

- au dessous de 9 - 10 cm, jusqu'à 4 - 6 cm, on aura recours de préférence à l'amputation trans-anale type Babcock

Celle-ci permettant une exérèse colique et ganglionnaire aussi complète en principe qu'une amputation abdomino-périnéale.

- Celle-ci ne devrait être réservée qu'aux TV très bas situées atteignant la marge anale, tumeur volumineuse plus ou moins circonférentielle, dont l'ablation complète nécessite le sacrifice sphinctérien.

2 - Au dessus de 14 cm:

Il faut avoir recours à la résection segmentaire par voie abdominale pure plus ou moins étendue du côté du méso et des ganglions ceux-ci sont d'ailleurs pratiquement toujours intacts.

3 - De 10 à 14 cm:

C'est le champ des résections par voie abdominale pure ou des amputations trans-anales si on ne peut faire les précédents.

4 - La tendance est donc à l'exérèse plutôt large pour les TV du groupe B. Cette tendance ressort nettement de la statistique (68,7 %) d'exérèses larges contre (31,2 %) de traitements "limites".

Les résultas à distance comparables dans ce groupe B à ceux du groupe A, plaident en faveur de cette attitude.

5 - L'exérèse simple par les voies naturelles ou plus rarement par colotomie, reste indiquée dans les TV des malades âgés, fatigués, incapables de faire les frais d'une intervention plus importante. Ces cas restent rares, étant donné l'âge moyen élevé de ces opérés, il est notable de constater que ces interventions sont remarquablement tolérées à quoi concourt une réanimation pré et post-opératoire excellente.

IV - Groupe C

Le problème est ici plus simple

Toute TV dégénérée doit être traitée comme un cancer.

1 - Pour le rectum de 0 à 12 cm

Les indications se partagent entre l'amputation abdomino-périnéale pour les TV bas situées, et les amputations abdomino-trans-anales type Babcock ou Toupet qui ont la faveur de certains auteurs.

2 - Pour les TV recto sigmoïdiennes et plus haut situées,

Ce sera ++ l'hémicolectomie gauche avec anastomose transverso-rectale.

- ou ++ la résection recto-sigmoïdienne
- ou la colectomie gauche segmentaire.

3 - Si nous avons dans ce groupe un pourcentage important d'exérèse par les voies naturelles, c'est par erreur de la biopsie. Dans tous ces cas, une fois la dégénérescence reconnue sur la pièce, il faut élargir l'exérèse, seul moyen pour espérer éviter la récidive.

4 - Le pronostic des TV de ce groupe est nettement plus sombre que les précédents. Il se rapproche beaucoup de celui des cancers du rectum. Il est plus péjoratif que celui des TV associées à un cancer dans la statistique.

V - Les récidives :

- elles surviennent le plus souvent après exérèse simple de la TV.

- la réintervention s'impose en règle. Pour une récidive maligne ce sera une exérèse large dont le type dépendra essentiellement du siège de la récidive.

. bas située, le plus souvent, il faudra avoir recours à l'amputation abdomino-périnéale.

- colique, mais cela est rare, une résection étendue pourra être envisagée.

Certaines récidives bénignes peu volumineuse non infiltrante peuvent bénéficier d'une exérèse limitée.

VI - Les tumeurs villeuses multiples

1 - Sur le côlon :

- si les TV sont rapprochées, c'est un aspect de plus en faveur d'une résection colique segmentaire, ce qui ne pose guère de problème au niveau du sigmoïde et en amont.

- Si les tumeurs villeuses sont éloignées on a le choix entre une exérèse colique large mais dont l'importance peut paraître disproportionnée s'il s'agit de TV bénigne (A) ou (B), ou plusieurs exérèses simples par colotomie à condition que les TV soient bénignes.

2 - Si les TV siègent sur le côlon et le rectum

- la résection segmentaire peut enlever à la fois une tumeur colique et une tumeur rectale haute.

- Sinon à la résection segmentaire on peut ajouter une exérèse de la TV rectale par voie abdominale par la lumière du rectum (TV bénigne).

- En cas de TV dégénérée, on peut être amené à pratiquer une exérèse en bloc avec ou sans sacrifice du sphincter anal.

3 - Les tumeurs villeuses siègent sur le rectum

- En règle, elles sont plus rapprochées,

- Là encore, le type histologique est essentiel,

- mais la tendance sera à l'exérèse large

VII - Les tumeurs villeuses avec troubles hydro-électrolytiques

Elles doivent être traitées :

- par une réanimation intense, courte afin de préparer le malade.

- A l'exérèse chirurgicale qui s'impose et qui supprimera le déséquilibre hydro-électrolytique. Le plus souvent l'étendue de ces tumeurs impose soit une amputation abdomino-périnéale, soit une résection colique, si la TV est suffisamment haut située, voire un Babcock s'il existe un canal anal indemne.

oOo

OBSERVATIONS

80 TUMEURS VILLEUSES ONT ETE RECUEILLIES, dont 77 représentent la statistique de 1948 à 1963 de quatre services hospitaliers.

- 47 dans le service du Docteur A. MOUCHET (Centre Médico-Chirurgical de Foch-Suresnes)

  - 18 du Groupe A
  - 8 du groupe B
  - 14 du groupe C
  - 1 TV bénigne associée à 1 TV dégénérée
  - 6 TV associées à un cancer.

- 14 dans le service du Professeur F. POILLEUX (Hôpital Broussais)

  - 10 du Groupe A
  - 2 du Groupe B
  - 1 TV associée à un cancer
  - 1 TV avec troubles hydro-électrolytiques.

- 11 dans le service du Professeur J. PATEL (Hôpital de l'Hôtel Dieu)

  - 7 du Groupe A
  - 4 du groupe B

- 5 dans le Service du Professeur Agrégé C. HOUDARD

  - 3 du Groupe A
  - 1 du Groupe C
  - 1 TV bénigne associée à 1 TV dégénérée

- 3 ont été recueillies de 1961 à 1962 dans le Service du Professeur Ch. DEBRAY (Hôpital Bichat)

  - 1 du Groupe B
  - 1 du Groupe C
  - 1 TV avec troubles hydro-électrolytiques.

oOo

OBSERVATIONS

TV DU GROUPE A

T.V. d'emblée bénigne à la biopsie :

Observation I - (Dr; MOUCHET)

- Monsieur COCH... 72 ans. Apparition en Janvier 1953 de glaires, faux besoins, rectorragies, amaigrissement.
- Rectoscopie : polype du volume d'une cerise, séssile, à 11 cm
- Biopsie : T.V. bénigne (A)
- Lavement baryté : tumeur recto-sigmoïdienne probable.
- Intervention (Dr. Mouchet) 27 mars 1953 : laparotomie exploratrice négative. Ablation du polype par les voies naturelles.
- Suites immédiates : simples.
- Suites éloignées (1964) : va bien sur le plan général et local, hormis quelques hémorroïdes, une tendance à la constipation.
- Recul 11 ans

Observation 2 - (Dr. MOUCHET)

- Madame DIGRI.... 33 ans
- Apparition en septembre 1953, de rectorragies.
- Rectoscopie : polype sessile à 3 cm de la taille d'une mandarine.
- En Octobre 1953 : exérèse simple par les voies naturelles (Dr. Mouchet)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : perdu de vue depuis l'opération.

Observation 3 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur LEP ... 57 ans
- En septembre 1953, rectorragies,
- TR : petit bourgeon très mobile au niveau de la face postérieure de l'ampoule.
- Rectoscopie : petit bourgeon pédiculé (cerise) à 11 heures
- Biopsie : adénome villeux sans signe de malignité (A)
- Lavement baryté : RAS

- Intervention en novembre 1953 (Dr. Mouchet) : exérèse rectale par voie abdomino trans-anale (type 'Toupet)
- Histologie : T. d'allure villeuse, dédifférenciation par place, pas de signe de malignité, ganglions non envahis (Dr. Vermes)(A)
- Suites immédiates : résection - suture habituelle : suites simples.
- Suites éloignées : en 1954, coagulation d'une petite fistule para-rectale.

En 1964 : 68 ans, va bien sur le plan local et général. La continence est excellente. Evacuation quotidienne et spontanée des matières.
- Recul : 11 ans

Observation 4 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur SAL... 55 ans
- Découverte en janvier 1957 d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine implantée sur la face antérieure du rectum à 10 cm.
- Intervention en Février 1957 (Dr. Mouchet) : exérèse simple par les voies naturelles.
- Histologie : T. villeuse bénigne (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées: en 1959 va bien.

Observation 5 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur BOZ... 76 ans
- Découverte en 1958, d'une T. bourgeonnante friable à 5 - 6 cm
- A l'occasion de constipation, de glaires et de rectorragies, tous troubles existant quoiqu'atténués depuis 3- 4 ans.
- Rectoscopie : T. à 7 cm volumineuse, quasi circonférentielle.
- Biopsie (n'intéresse pas la base) TV sans signe de malignité (A),
- Intervention en Juillet 1958, l'impossibilité de l'ablation par les voies naturelles conduit à une amputation abdomino-trans-anale type Babcock.
- Histologie : TV sans signe de dégénérescence, pas de tendance pénétrante, éléments inflammatoires (A), (Dr. Verms).
- Suites immédiates et éloignées : Nécrose du segment colique, imposant un anus colique droit de dérivation (abcès de paroi imposant ce siège). Prolapsus colique par l'anus. Réfection de l'anus et cerclage. Douleurs au niveau de cet anus. Par ailleurs, périné cicatrisé mais orifice punctiforme. En juin 1960, fermeture de l'anus transverse droit, confection d'un anus iliaque gauche.
- Décès au 6è jour par collapsus. Suture étanche à la vérification pas de récidive de la TV.

Observation 6 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur VIN... 60 ans
- Découverte en octobre 1958, chez un diarrhéique chronique avec parfois glaire, d'une TV à 11 cm de volume d'une amande.
- Biopsie : TV bénigne (base d'implantation non intéressé par le prélèvement)(A)
- L'apparition d'un ictère et la découverte d'une lithiase biliaire font pratiquer tout d'abord une cholécystectomie.
- En Juillet 1959 : intervention (Dr. Mouchet) par voie abdominale la TV n'est pas sentie à la palpation.

Colotomie permettant de découvrir une TV grosse comme une amande et pédiculée.

Colectomie segmentaire avec anastomose colo-rectale latéro-terminale en 2 plans.

NB : foie normal, pas de ganglion suspect à la palpation du mésocolon.

- Histologie : TV : pas de signe de malignité (A)(Dr. Bermus)
- Suites immédiates : abcès de paroi
- Suites éloignées : en 1959 (2 mois après l'intervention) va bien.

Observation 7 - (Dr. MOUCHET)

- Madame VAL... 62 ans
- Découverte en septembre 1959 d'une TV à 3 cm de l'anus du volume d'une noisette, pédiculée,
- Biopsie : TV bénigne (A)
- En septembre 1959 : exérèse simple par les voies naturelles (Dr. Mouchet)
- Suites immédiates : simples,
- suites éloignées : va bien
- Recul : 4 ans 1/2

Observation 8 - (Dr. MOUCHET)

- Madame CAPIT... 71 ans est vue en août 1960
- Constipation habituelle, plus marquée depuis 2 ans. Depuis 1 an, amaigrissement de 12 kgs.
- TR : perception d'une masse pédiculée sur la face antéro-gauche du rectum.
- Rectoscopie : à 6 cm polype d'aspect villeux, sessile, macroscopiquement bénin.
- Lavement baryté : RAS
- Biopsie : (superficielle) aspect de TV bénigne (A)
- En aout 1960 : exérèse simple chirurgicale par les voies naturelles (Dr. Garcin)

- Histologie : TV avec quelques zones dédifférenciées,
Pas de signe de malignité (A) (Dr. Vernus)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : (1964) va bien en ce qui concerne le rectum. En mai 1962, Halstedt pour épithélioma atypique du sein gauche.
Microlithiase vésiculaire.
- Recul : 3 ans 5 mois

- Observation 9 - (Dr. MOUCHET)

-Monsieur NOF.... 72 ans
- Vu en décembre 1960 pour un amaigrissement récent de 7 kg avec 5 à 6 selles diarrhéiques par jour, une rectorragie.
- TR : ras
- Rectoscopie : polype pédiculé de la grosseur d'un pois à 17 cm le 1.1.60, "décapité par le rectoscope.
- Biopsie : image de polype avec dédifférenciation marquée de tubes glandulaires. Pas de signe histologique de malignité. Sur ce fragment qui n'intéresse pas la base d'implantation.
- Revu en mai 1961 : plus de diarrhée, pas de nouvelle rectorragie, mais amaigrissement de 2 kg.
- Rectoscopie de contrôle en aout 1961 : découverte à 5 cm sur la face latérale gauche d'une petite masse mollasse du volume d'une noix, rougeâtre, non indurée, saignant au contact, évoquant macroscopiquement une TV dégénérée.
-Biopsie : TV avec nombreuses mitoses, dédifférenciation importante. Le pédicule n'est pas intéressé. Pas de signe de malignité évidente. (A) ou (B).
- Septembre 1961 : Exérèse simple chirurgicale par les voies naturelles (Dr. GARCIN)
- Histologie : polype villeux. Quelques altérations cytologiques. Pas de signe de transformation épithéliomateuse (A) (Dr Vermes)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées (1964) : excellent état général, RAS localement.
- Recul : 2 ans 4 mois

- Observation 10 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur CHOP... 54 ans
- Depuis 6 mois, faux besoins (5 à 6 par jour) sensation de corps étranger intra-rectal , quelques selles sanglantes. Etat général excellent, pas de trouble urinaire.
- TR et rectoscopie : 2 polypes perçus : l'un à 3 cm, l'autre reste au dessus.
- Biopsie : TV avec zones dé dédifférenciation de l'épithélium : Pas de signe de malignité (la base d'implantation n'est pas intéressée par le prélèvement (A).

- Novembre 1961, exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles.
- Histologie : TV avec aspect très dédifférencié. Pas de pénétration en profondeur (A) (Dr. Vermes)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : (1964) présente un syndrome diarrhéique important (6 à 7selles par jour). Lavement baryté et rectoscopie répétés à plusieurs reprises n'ont pas trouvé d'autre TV
- Recul : 2 ans 2 mois

Observation 11 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur MEN.... 54 ans
- Consulte en décembre 1961 pour douleurs abdominales quelques selles sanglantes mises sur le compte d'hémorroïdes, troubles duran depuis 3 ans. Récente apparition de glaires et de selles plus fréquentes.
- Lavement baryté : dolichocolon.
- Rectoscopie : a 24 cm : polype probablement bénin.
- Mars 1962 : laparotomie médiane sous-ombilicale : 2 polypes, l'un à 30 cm, l'autre à 40 cm. Exérèse simple après colotomie (A) (Dr. Vermes)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées (1964) RAS sur le plan local et général. A fait une poussée de cystite (même épisode en 1955, où l'on avait suspecté une tuberculose dont on n'a jamais fait la preuve).
- Recul : 1 an 10 mois.

Observation 12 - (Dr. MOUCHET)

- Madame FOU... 68 ans.
- Vue en mai 1963. Depuis 3 ans syndrome colitique. Depuis 18 mois, rectorragies peu abondantes, intermittentes, quelques glaires. Amaigrissement de 4kg en 10 mois. Bon appétit.
- Lavements barytés en mars, avril et mai 1960 : image évocatrice d'un polype du colon descendant, confirmé sur le lavement baryté de juin 60.
- Juin 1963 : colectomie segmentaire : pour TV du sigmoïdes d'aspect bénin. Anastomose termino terminale sur 1 plan.
- Histologie : TV avec plage de dédifférenciation et éléments inflammatoires. Pas de signe histologique de malignité (A) (Dr. Vermes)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 1 - 1964 : transit irrégulier avec tendance à la constipation. Par ailleurs va bien localement, bon état général
- Recul : 7 mois.

Observation 13 - (Pr. POILLEUX)

- Madame MARCH... 45 ans
- Consulte en novembre 1957 pour rectorragie apparue il y a 1 mois. Depuis 3 ans se plaint de diarrhée (3 à 4 selles par jour) de brûlures oesophagiennes, d'asthénie. En 1956, le transit oesophagie était normal.
- TR : RAS
- Lavement baryté : image claire arrondie en niveau du sigmoïde.
- Rectoscopie : à 15 cm, sur la face antéro-gauche, petite formation polypoïde, polylobée de la taille d'un gros pois.
- Décembre 1957 : colectomie segmentaire passant à 8 cm de l'anus.
- Histologie : TV pédiculée d'aspect végétant. Pas de signe de malignité (A)
- Suites immédiates : simples
- suites éloignées : 1 - 1964 : tendance à la constipation, Etat local et général excellent.
- Recul 6 ans 2 mois

Observation 14 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur CHAI.... 71 ans
- Consulte en Octobre 1958 pour diarrhée (4 selles par jour) av glaires, faux besoins, troubles apparus il y a 3 mois. Bon état général.
- Lavement baryté : cadre colique normal
- Rectoscopie : TV à 12 cm, pratiquement circulaire avec, prc lifération importante, saignant au contact.
- Biopsie : formation d'aspect villeux. Digitations régulièreme implantées. Axe conjectivo-vasculaire non infiltré. Noyaux réguliers. Pas de transformation maligne (A)
- Octobre 1958 : Babcock (Pr. Houdard)
- Macroscopiquement l'aspect vététant par place de la T évoque la dégénérescence.
- Histologie : TV avec en certains points des cellules assez irr gulières avec polystratification, mais pas de malignité actuelle (A)
- Suites immédiates : simples après recoupe colique.
- Suites éloignées : II -1964 : Va à la selle tous les 2 jours ave un lavement. Rectoscopie : RAS jusqu'à 12 cm. Excellent état géné ral. Bon résultat fonctionnel
- Recul : 5 ans 4 mois

Observation 15 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur PAR....
- En 1955, découverte à Lariboisière d'une T. sessile de l'ampoule rectale. Après biopsie : abstention.
- Revu en 1958, lors d'un examen systématique chez cet ancien amibien porteur d'une diverticulose colique.
- Rectoscopie : T à 11 cm sur la face postérieure de l'ampoule.
- Biopsie : polype villeux très végétant. Pas de signe de malignité (A).
- Mars 1958 : exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles.
- Histologie : TV bénigne, musculeuse et musculaire-muqueuse normales (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 1959 : état local et général bon.
- Recul : 1 an

Observation 16 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur LE JO .... 60 ans
- Consulte en février 1958, pour rectorragies. Depuis 10 ans émissions de temps à autre de selles sanglantes mises sur le compte d'hémorroïdes.
- TR : T. pédiculée située à la face postérieure de l'ampoule rectale, indolore, régulière, ne saignant pas au contact.
- Février 1958 : exérèse par les voies naturelles : 2 fils de soie à la base (pas de résection de collerette muqueuse)
- Histologie : polype villeux bénin (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 1 - 1964 va bien sur le plan local et général.
- Recul : 6 ans.

Observation 17 - Pr. POILLEUX)

- Madame PIA .... 52 ans
- Vu en 1959, pour rectorragies persistantes. Le début remonte à 1956 où l'on découvre et traite par sclérose des hémorroïdes. En 1958, le TR n'avait rien trouvé.
- Rectoscopie (1959) gros polype à 13 cm de la taille d'une noix non saignant, d'aspect villeux.
- Biopsie : TV typique avec nombreuses mitoses. Plusieurs tubes glandulaires ont perdu leur activité secrétoire. Mais pas de transformation maligne (A)
- Lavement baryté : image lacunaire du sigmoïde.
- Aout 1959 (Dr. Larrieu) : Colectomie segmentaire pour TV. pas d'autres TV à la coloscopie (l'image du L. baryté était une fausse image).

- Anastomose termino-terminale en 1 plan.
- Histologie : polype pédiculé avec torsion du pédicule. Pas de prolifération épithéliomateuse maligne (A) (Dr. De Brux)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 1.1964 : va bien sur le plan local et général.
- Recul : 4 ans 6 mois.

Observation 18 - (Pr.POILLEUX)

- Madame SAU.... 81 ans
- en 1959 : aurait eu 2 rectorragies. On aurait découvert une polype rectal. La malade avait refusé l'intervention.
- Vue en Février 1961 pour syndrome occlusif avec altération importante de l'état général, déséquilibre hydro-électrolytique avec urée à 4 g. Le lavement baryté en urgence avait conclu à une torsion incomplète du sigmoïde. Régression des symptômes grâce au traitement symptomatique. Débâcle de selles noirâtres.
- Nouvel accident subocclusif en mars suivi d'un syndrome cholériforme.
- Rectoscopie : énorme masse bourgeonnante et saignante à 15 cm
- Biopsie : fragment de polype villeux, sans signe de malignité (A)
- Après réanimation le 14-3,61, intervention par médiane sous ombilicale. Enorme sigmoïde volvulé sur une TV de la jonction recto-sigmoïdienne.
- Colectomie segmentaire : anastomose termino-latérale
- Histologie : TV sans signe de malignité, très régulière (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 1 1964 : Va bien sur le plan rectal. En 1963 fracture du col du fémur.
- Recul : 2 ans 10 mois.

Observation 19 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur HAS..... 27 ans
- Vu en Juin 1959 pour rectorragies et hémorroïdes.
- TR : masse polypoïde appendue à la face postérieure du rectum.
- Biopsie : polype végétant à chorion inflammatoire sans signe de malignité (A)
- Le 17 juin 1959, : exérèse par les voies naturelles (Pr Houdard)
- Histologie : polype villeux typique assez végétant, la plupart des cellules glandulaires ont perdu tout pouvoir secrétoire. Pas de transformation maligne actuelle (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : perdu de vue.

Observation 20 - (Pr. PATEL)

- Madame BREG... 50 ans
- En 1948, consulte pour l'apparition de glaires sanguinolantes. Depuis 5 à 6 ans émission de glaires précédant les selles de 1/2 à 3/4 d'heure.
- Excellent état général.
- TR : petite masse dure perçue à bout de doigt.
- Lavement baryté : RAS
- Rectoscopie : TV à 10 cm du volume d'une grosse prune.
- Juillet 1948 : resection recto-sigmoïdienne sur 15-20 cm Anastomose termino-terminale sur tube.
- Histologie : TV bénigne y compris toute la base d'implantation.
- Suites immédiates : RAS
- suites éloignées : février 1964 : va bien.
- Recul : 16 ans

Observation 21 - (Pr. PATEL)

- Monsieur ANT.... 78 ans
- En novembre 1950 : prolapsus rectal avec hémorragie, se plaint également de faux besoins, d'épreintes. Glaires. Altération de l'état général : anorexie, amaigrissement.
- En 1947 : a déjà présenté un prolapsus rectal avec hémorragie.
- TR : masse molasse à 3 - 4 cm sur la paroi antéro-droite.
- Rectoscopie : T. blanc rosé, aux 3/4 circonférencielle à surface grenue, recouverte en une zone d'une secrétion gommeuse translucide
- Biopsie : TV bénigne (A)
- Résection par voie endo-anale avec abaissement et suture de la muqueuse.
- Histologie : large TV du rectum. La basale n'est pas franchie (A),
- suites immédiates : RAS
- suites éloignées : perdue de vue (aurait 92 ans)

Observation 22 - (Pr. PATEL)

- Monsieur MONT.... 72 ans
- En juillet 1957, consulte pour diarrhée (5 à 6 selles par jour) glaires, amaigrissement. Troubles persistant depuis 2 ans.
- Lavement baryté : image marécageuse recto-sigmoïdienne.
- Rectoscopie : T. Cérébriforme hypersecrétante, saignant au contact, à 12 cm à la charnière recto-sigmoïdienne. Aspect dégénéré.
- Biopsie : T. villeuse, Végétations épithéliales grèles, villeuses rayonnant à partir d'un axe conjectivo-vasculaire. Musculaire muqueuse intact (A).

- Juillet 1957 : Babcock
- Histologie : très grosse T framboisée, sessile. Les végétations ne dépassent pas la musculaire muqueuse. Ganglions indemnes (A)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : mars 1958 : petite incontinence sphinctérienne tendant à s'améliorer.
- Rétrécissement anal : dilatation
- Recul : 8 mois

Observation 23 : (Pr. PATEL)

- Monsieur MARC....
- Début brusque en décembre 1960, par des douleurs abdominales avec rectorragies. Depuis 1 an quelques rectorragies. Amaigrissement de 4 kg.
- TR : RAS
- Lavement baryté : rétrécissement sigmoïdien.
- Rectoscopie : à 17 cm sur un repli valculaire néoformation sessille assez dure du volume d'un noyau de creise. Juste au dessus T. plus volumineuse qui évoque une TV.
- Biopsie : petit adénome villeux. Sans signe de malignité (A) (Dr. Albot)
- Décembre 1960 (Pr. Cormier) : colectomie segmentaire : exérèse d'un petit polype (petit pois) à la recoupe du bord postérieur du bas rectum.
- Histologie : ????
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : février 1963 : va bien tant sur le plan local que général.
- Rectoscopie normale jusqu'à 20 cm
- Recul : A 2 ans 2 mois

Observation 24 - (Pr. POILLEUX)

- Madame TASS.... 75 ans
- En octobre 1961 : rectorragies abondantes,
- TR : T pédiculée de la face latérale gauche de l'ampoule à 6 cm
- Octobre 1961 : exérèse par les voies naturelles (Pr. Houdard) d'une TV du volume d'une orange. Pédicule long de 3 cm.
- Histologie : TV bénigne, très végétante, pédicule indemne (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : va bien en février 1964
- Recul : 2 ans 4 mois.

Observation 25 - (Pr. Houdard)

- Monsieur DIFF.... 57 ans

- En novembre 1955, se plaint de brûlures à la miction.
- TR : le doigtier ramène du sang.
- Rectoscopie à 22 cm polype.
- Labement baryté : pas d'image anormale visible.
- Novembre 1955 : par voie abdominale exérèse simple après colotomie.
- Histologie : TV bénigne (A) (Dr. Freyer)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : va bien en février 1961
- Recul : 5 ans 3 mois.

oOo

TV CRUES MALIGNES A LA BIOPSIE

Observation 26 - (Dr.MOUCHET)

- Madame PET.... 64 ans
- Vue en 1958, pour constipation récemment aggravée avec rectorragies après les selles, quelques faux besoins. Pas d'altération de l'état général.
- Depuis 10 ans en fait, alternance de diarrhée et constipation avec de temps à autre quelque rectorragie.
- Un lavement baryté aurait montré en 1955 une diverticulose sigmoïdienne et en 1957, une sténose de la jonction recto-sigmoïdienne.
- La rectoscopie est normale jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne ou l'on découvre une prolifération tumorale de la taille d'une cerise, pédiculée, avec une zone macroscopiquement suspecte de dégénérescence.
- Biopsie : (Pr. Delarue) prolifération tumorale assez compacte, végétations papillaires + tubes épithéliomateux glanduliformes à bordure cylindrique souvent muciformes mais quelquefois dédifférenciés et basophiles. Atypies et mitoses anormales. Au sein de la charpente fibro-conjonctive de cette formation polypeuse, on note un grand nombre de tubes épithéliaux glanduliformes proliférants.
- Adénocarcinome liekerkhunien très bien différencié (C)
- Sur le vu de cette biopsie (le 24 octobre 1958), concluant à une cancer : hémicolectomie gauche "vraie" avec rétablissement de la continuité. Foie : RAS. la T. est de petite dimension (1/2 noix) et siège un peu au dessus de la fonction recto-sigmoïdienne. Anastomose termino-latérale (Dr. Mouchet)
- Histologie : TV avec zone de dédifférenciation mais sans signe histologique de malignité.
- les ganglions prélevées sont indemnes de tout envahissement (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : 11 - 1964 : petite éventration à la partie basse de la médiane sous-ombilicale : tendance à la constipation. Va bien sur le plan local et général.
- Recul 5 ans 4 mois
- Conclusion : il est très vraisemblable que cette TV présentait une superficie une zone de dégénérescence emportée par la biopsie initiale. En fait, le reste de la tumeur et en particulier le pédicule étaient strictement bénin.

L'intervention pratiquée fut peut être dès lors disproportionnée avec la gravité réelle de l'affection, compte tenu de cette biopsie, l'attitude chez cette femme de 64 ans reste logique et l'excellent résultat à 5 ans vient le confirmer.

Observation 27 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur MAD....
- Rectorragies en 1962
- Rectoscopie : polype rectal d'aspect villeux avec architecture régulière. Dans une zone caractère typique néoplasique.
- Lavement baryté : pas d'image de polype, mais sigmoïdité,
- Janvier 1963 : après laparotomie, pas de tumeur palpable.
- Rectotomie : petite tumeur à la jonction recto-sigmoïdienne grosse comme une framboise.
- Résection recto-sigmoïdienne large avec anastomose latéro-terminale. Sur la pièce, on découvre en outre 3 petits polypes.
- Histologie : (Dr. Vermes) les quatre formations sont polypoïdes avec quelques aspects de dédifférenciation et éléments inflammatoires. Aucun signe histologique de malignité (A)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : 1 - 1964 : Va très bien sur le plan local et général.
- Recul 1 an
- Même remarque que pour l'observation n° 26.

Observation 28 - Dr. POILLEUX) (TV bénigne d'emblée)

- Monsieur LALLE .... 54 ans
-En janvier 1959 : consulte pour rectorragies depuis 2 mois.
- Rectoscopie : rectite, fréquentes hémorragies,
- Sur 3 lavements barytés à 15 jours d'intervalle, image lacunaire polycyclique du sigmoïde évoquant un polype.
- Janvier 1959, (Dr. Larrieu) laparotomie du bord externe du grand droit gauche. Résection sigmoïdienne.
- La TV est mollase, du volume d'une noix, 10 cm au dessus du Douglas muriforme rouge foncée, à pédicule long de 4 cm, large de 1 cm, très souple. La section passe 6 cm au dessus, 2 cm au dessous de la T.
- Histologie : TV sans signe de transformation maligne (A)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : 1 - 1964, excellent état local et général
- Recul : 5 ans.

Observation 29 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur FERN.... 65 ans

- En novembre 1955, rectorragies depuis 1 mois, avec diarrhée (5 à 6 par jour) anorexie, asthénie, amaigrissement.
- Rectoscopie : formation polypeuse de la grosseur d'une noix sur la face antéro-droite du rectum à 10 cm. souple, ne saignant pas.
- Biopsie : TV typique assez végétante à revêtement polystratifié très irrégulière ayant perdu toute capacité secrétoire, avec nombreuses mitoses (B) ou (C)
- Forme en voie d'évolution maligne (pas de base d'implantation inclue dans le prélèvement),
- lavement baryté : image lacunaire à bords irréguliers de l'ampoule rectale,
- 2è biopsie : intéressant le pédicule : aucune tendance infiltrante,
- Novembre 1955 (Pr. Houdard) : Résection recto-sigmoïdienne Suture termino-terminale en 2 plans.
- Histologie : T. sessile de 4 à 5 cm de large, 3 cm dans l'axe du rectum, 1,5 cm d'épaisseur, molle, rouge sombre, pas de ganglion suspect. TV typique assez végétante parfaitement limitée et s'arrêtant au niveau de la musculaire muqueuse sans tendance infiltrante. Pas de caractère malin (A)
- Petit polype muqueux bénin plus haut situé.
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : 1-1964 : Va bien sur le plan général et local (75 ans)
- Recul : 8 ans 2 mois
- La taille de la TV rendait certainement préférable la résection colique à une exérèse locale simple, d'autant qu'il semblait exister un aspect dégénéré en surface, non retrouvé au niveau du pédicule.

Observation 30 - Pr. PATEL)

- Monsieur DUF.... 78 ans
- Apparition en février 1960, de glaires avec moelena chez un diarrhéique chronique depuis 10 ans,
- Rectoscopie :à 16 cm sur la face latérale droite, masse molle d'allure villeuse.
- Biopsie : aspect villeux typique. Cellules polystratifiées. TV un peu suspecte de transformation (B)
- Lavement baryté, image lacunaire, irrégulière de l'ampoule rectale.
- Octobre 1960 (Pr. Lataste) . T. d'allure suspecte macroscopiquement. Résection recto-sigmoïdienne. Foie et ganglions, macroscopiquement indemnes, anastomose termino-terminale.
- Histologie : TV typique très végétante, mais architecture régulière. Les cellules étroites et hautes ont conservé un léger pouvoir secrétoire . Pas d'envahissement des axes conjonctivo-vasculaire (A)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées: 3 mois après l'intervention: ictère grave : décès.

- L'intervalle libre de 3 mois, la constatation d'un foie macroscopiquement normal lors de l'intervention font pencher pour le diagnostic d'hépatite grave d'inoculation.

Observation 31 - (Pr. PATEL) (TV Bénigne d'emblée)

- Madame MALER..... 57 ans
- Depuis 3 ans, hémorragies rectales de sang rouge par intermittence, récemment accompagnées de trouble du transit. Bon état général.
- Avril 1963 : rectoscopie : polype sessile de la grosseur d'une noix, au niveau de la paroi latérale droite à 15 cm.
- Lavement baryté : pas d'image lésionnelle visible.
- Mai 1963 : (Pr. Lataste). Résection colo-rectale pour TV d'aspect non dégénéré.
- Suites immédiates : simples
- Histologie : TV typique bénigne avec polystratification par endroit. (A) (Dr. Freyel)
- Recul : décembre 1963 - 7 mois, va bien.

Observation 32 - (Pr. HOUDARD) (TV successive)

- Madame DOR.... 76 ans
- En mars 1953, rectorragie.
- La rectoscopie découvre à 12 cm un polype, du volume d'une cerise, souple, pédiculé , sur le lavement baryté, on ne trouve pas d'image tumorale.
- Exérèse par voies naturelles (Dr. Larrieu)
- Histologie : T. villeuse bénigne (A)
- En avril 1958 : nouvelle hémorragie.
- Rectoscopie : TV pédiculée à 19 cm de la grosseur d'un gros pois.
- Avril 1958 : laparotomie médiane sous ombilicale. T. sur la face antéro-latérale gauche du sigmoïde. Exérèse simple après colotomie (Pr. Houdard)
- Histologie : polype villeux sans signe de malignité, sans envahissement profond (A) (Dr. Gauthier Villars
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : - En 1963 : amaigrissement, nausées, asthénie, ablation d'une tumeur retro-péritonéale (fibro-myxome bénin)
- En novembre 1963 : va bien sur le plan digestif.
- Recul : 10 ans, 10 mois pour la 1ère TV
- 5 ans, 9 mois pour la 2è TV,
- Il s'agit de TV successives,5 ans séparant la découverte de la 2è tumeur villeuse qui siégeait plus haut que la précédente.

Observation 33 - (Dr. MOUCHET) (TV récidivée)

- Madame LUQ.... 59 ans
- En 1953 : rectorragies intermittentes,
- Rectoscopie : petite TV à 14 cm d'aspect framboisée proliférante, du volume d'une cerise.
- Biopsie : TV bénigne (mais le prélèvement n'intéresse pas la base d'implantation)(A)
- Aout 1954 soit 7 mois plus tard, rectorragie et récidive d'aspect bénin.
- Biopsie : même aspect que précédemment sans signe de dégénérescence (A)
- Bien que cette récidive soit bénigne, il est décidé de faire une exérèse large par voie abdominale (Dr. Marquand) en mars 1954. La T. est palpée dans la lumière colique au niveau du Douglas. Résection recto-sigmoïdienne. Anastomose latéro terminale. Hystérectomie totale.
- Histologie (Dr. Vermes)
- TV frangée de la taille d'une noix,
- TV bénigne avec en une zone très restreinte des phénomènes de dédifférenciation sans tendance pénétrante en profondeur (A)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées 1-1964 (69 ans). Va bien tant sur le plan local que général.
- Recul : 9 ans 10 mois
- Donc TV bénigne : récidivée 7 mois plus tard sur le mode bénin.

Observation 34 - (Dr. MOUCHET) (TV récidivée)

- Monsieur LUB.... 68 ans
- Début des troubles en 1956, par une hémorragie rectale très abondante avec syncope.
- Traitée à l'Hotel Dieu par radiothérapie de contact endocavitaire qui nettoie presque toute la tumeur.
- Une biopsie en Janvier 1958, retrouve des éléments villeux avec mitoses sans signe de transformation épithéliomateuse (A) ou (B)
- En mai 1958, persistance sur la face postérieure de l'ampoule d'une zone indurée qui a tendance à s'accroître, d'aspect typiquement néoplasique.
- Octobre 1958 (à Foch) amputation abdomino-périnéale à 2 équipes et anus iliaque gauche.
- La tumeur est à 5 cm, circulaire
- Histologie : épithélioma glandulaire cylindrique sans grande tendance envahissante. Ganglions prélevés : indemnes (Dr. Vernus) (C)
- Suites immédiates.: simples
- suites éloignées : va bien jusqu'en mars 1960.
- Décès en avril 1960, d'infarctus du myocarde (souffrait d'an-

gor coronarien depuis plusieurs années).

- Donc au début TV probablement bénigne, récidivée sur le mode malin. Décès 16 mois après la 2è intervention sans récidive. Il est à noter que le traitement radiothérapique n'a pu obtenir un nettoyage suffisant de la tumeur.

Observation 35 - (Dr. MOUCHET) (TV récidivée)

- Madame GLA.... 58 ans
- Découverte en 1958, d'une TV rectale de la grosseur d'une mandarine chez cette malade présentant depuis 2 ans une diarrhée, quelques glaires.
- Biopsie : TV bénigne (A) (Dr. Vermes)
- Juin 1958 : exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles.
- Histologie : TV sans signe de dégénérescence.
- Fin 1959, soit 18 mois plus tard, récidive : 3 examens histologiques sont pratiqués :
  . l'un conclu à une TV bénigne avec nombreuses anomalies nucléaires et mitoses (Dr. Albot)
  . l'autre à une TV dégénérée (Dr. Hewitt)
  - Le 3è conclu à l'absence de signe de malignité (Dr. Vermes).
- Devant ces résultats contradictoires, une exérèse large est décidée qui est vue le siège : une amputation abdomino-périnéale (décembre 59). foie et ganglions : RAS
- Histologie (Dr. Vermes)
  . macroscopiquement : petite surface granitée et dure, sur la cicatrice opératoire à 2 cm de la ligne ano-cutanée.
  . microscopiquement : épithélioma local non invinsif (soit à classer dans le groupe B)
- Suites immédiates : crise de tachycardie paroxystique. Phlébite traitée par les anticoagulants.
- Suites éloignées : 1.1964 : Anus fonctionne normalement. Va bien.
- Recul : 4 ans 2 mois depuis la 2è intervention.

Observation 36 - (Dr. PATEL) (TV récidivée)

- Madame BON.... 73 ans
- Consulte en 1950, à l'hôpital Tenon pour rectorragies, tenesmes, quelques glaires survenant par intermittence depuis 3 ans. L'état général est excellent.
- Au TR : masse molle, mobile, du volume d'une grosse noisette sur la face gauche de l'ampoule non loin de l'orifice anal.
- Rectoscopie : TV typique à 6 cm, petite mandarine.
- Biopsie : TV bénigne, la basale est intacte (A)

- Juillet 1950 : ablation large par amputation intra sphinctérienne de la partie basse du rectum. Suture muco-cutané.
- Suites immédiates : prolapsus rectal. Incontinence des matières.
- Mai 1961 : soit 10 mois plus tard, récidive locale à la jonction ano-cutanée. Exérèse au bistouri électrique.
- Avril 1952 : soit 11 mois plus tard :
  . 2è récidive,
  . cancer du col utérin stade III
  . Electrocoagulation de la récidive,
  . radium, radiothérapie puis hystérectomie totale.
- Revu en Avril 1959 (79 ans)
  . bonne continence rectale,
  . pas de récidive rectale.
  . mais problème d'une récidive du cancer utérin (???).
- En ce qui concerne la TV :
  . TV de groupe (A) récidivée probablement sur le mode bénin (A).
- Recul : 9 ans.

Observation 37 - (Pr. HOUDARD) (TV récidivée)

- Madame MOU.... 68 ans
- En juillet 1953 découverte d'une TV du rectum à 7 cm, à l'occasion de rectorragies durant depuis 3 ans de façon intermittente et peu abondantes.
- Biopsie : T constituée de nombreuses villosités dont la paroi est formée de 1 à 2 assises de cellules cylindriques hautes, nettement muqueuses. Epithélioma bien limité du côté conjonctif.
- Tissu conjonctif lâche, riche en capillaire sanguin renfermant de nombreux plasmocytes.
- - Au total : polype villeux sans signe de dégénérescence (A).
- Lavement baryté : RAS
- 24 juin 1963 (Pr. Houdard), résection recto-sigmoïdienne pour TV grosse comme une mandarine largement implantée sur la face postérieure du rectum 7 cm. Anastomose en 3 plans à 3 cm de l'anus. Le clamp est placé à 3 cm. au dessous de la TV
- Suites immédiates : simples,
- Va bien jusqu'en février 1958 (c'est à dire intervalle de 4 ans 8 mois). A cette époque nouvelles rectorragies.
- Lavement baryté ne révèle rien d'anormal.
- A la rectoscopie : grosse tumeur végétante, saignante, manifestement néoplasique à la jonction ano-rectale à la face postérieure.
- Biopsie : épithélioma cylindrique glandulaire d'aspect végétant papillaire avec de nombreuses mitoses (C)
- 5 mars 1958 (Pr. Houdard) amputation abdomino-périnéale. La lésion se trouve exactement au dessous de l'anastomose précédente

ne se développant que sur le rectum et pas du tout au delà de l'anastomose : Foie : RAS

- Histologie : image de polyadénome faisant brusquement suite à un épithélioma papillaire et végétant pénétrant la musculaire. Aspect colloïde par endroit. On ne voit pas bien la zone de l'ancienne anastomose. Ganglions inflammatoires.
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : juillet 1963 . Va bien sur le plan local et général.
- Recul 5 ans 4 mois depuis la 2è intervention.
- Il est certain que l'on peut discuter les modalités de la 1ère intervention. La suture inférieure est peut être passée un peu près de la T.V. Il est cependant plus vraisemblable ou bien qu'il y ait eu une récidive bénigne qui a dégénérée comme le laisse prévoir l'histologie ou bien qu'il existait déjà dans la partie inférieure de l'ampoule rectale des lésions macroscopiquement non ou peu apparentes qui se sont secondairement développées et ont dégénérées. La guérison a pu cependant être obtenu au prix d'une amputation abdomino-périnéale bien supportée chez cette malade agée actuellement de 78 ans.

Observation 38 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur BEC.... 65 ans 1/2
- Vu le 16 mars 1961. Depuis 10 ans présente des selles liquides avec écoulements glaireux. Tous les 3 mois environ, petites hémorragies.
- En 1953, le diagnostic d'amibiase est posée,
- en 1957-58, 15 selles par jour en moyenne.
- de Septembre 1958 à Janvier 1959 : 50 selles par jour. Consulte fin mars 1960 le Professeur Debray qui découvre une grosse tumeur villeuse du rectum et conseille une intervention chirurgicale.
- le 24 mars 1960, opéré par le Docteur Pironneau, le malade ayant refusé l'amputation abdomino-périnéale proposée, on fait une simple exérèse par les voies naturelles.
- A l'histologie : TV bénigne (A)
- 7 mois plus tard, le Dr. Pironneau découvre une récidive. A la biopsie, il s'agit d'une TV d'aspect bénin.
- La TV siège à 4 cm de l'anus sur la face latérale droite. Elle a le volume d'une amande.
- le 31 mars 1961 (Dr. Mouchet) amputation abdomino-périnéale (à 2 équipes). Colostomie iliaque gauche.
- Sur la pièce, on découvre 2 TV (amande) implantées au dessus des colonnes de Morgani.
- L'une à l'union bord droit face postérieure.
- L'autre à l'union bord gauche face postérieure.
- Histologie : on découvre 3 formations saillantes et papillaires juste au dessus du sphincter, bénignes y compris le pédicule (A) (Dr. Vermes).
- Suites immédiates : simples,
-

- Suites éloignées : le 21 mars 1961 : résection endoscopique de la prostate.

- Revu en Février 1964 : va très bien.

- Au total : récidive précoce (7 mois) d'une TV bénigne enlevée par les voies naturelles. La récidive est multiple (2 TV en fait) mais bénigne. Certes l'amputation abdomino périnéale paraît une intervention très importante pour une TV bénigne y compris le pédicule. Il est probable que l'extension de la 1ère tumeur était en fait beaucoup plus importante que ne le laissait prévoir l'aspect macroscopique, ce qui expliquait la précocité de la récidive et la nécessité d'une intervention large. Par ailleurs l'importance, à un moment de l'évolution, des selles quotidiennes, n'a pas entrainé de troubles hydro-électrolytiques. On s'explique assez mal la régression spontanée de la symptomatologie (le malade n'avait que 2 selles par jour au moment de l'intervention).

oOo

TV DU GROUPE C

Observation 39 - (Dr. MOUCHET)

- Madame MIR.... 40 ans
- Vu en 1958, pour altération de l'état général, rectorragies abondantes, faux besoins, glaires. Depuis 3 ans quelques rectorragies peu abondantes mises sur le compte d'hémorroïdes.
- TR : petit polype de la marge de l'anus de consistance dure irrégulière avec ulcération.
- Anuscopie et rectoscopie : il s'agit en fait d'un épithélioma rectal ayant atteint l'anus.
- Biopsie : TV dégénérée par plages en profondeur (C)
- 20 mai 1958 : amputation abdomino-périnéale (Dr. Mouchet) Il s'agit bien qu'une T implantée sur la partie supérieure de la face postérieure de l'ampoule prolabée dans le canal. (au dessous de 5 cm de l'anus).
- Histologie : épithélioma glandulaire cylindrique colloïde et végétant. 1 ganglion est envahi par des cellules néoplasiques (C) (Dr. Vermes).
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : en juin 1959, allait bien sans récidive. Décédée depuis sans que l'on ait pu préciser la cause exacte du décès (déc. 1959).

Observation 40 - (Dr. MOUCHET)

- Madame COR.... 72 ans
- de 1957 à 1959, épisodes diarrhéiques intermittents avec émission de sang et épreintes.
- En janvier 1959, découverte à 7 cm, d'une masse tumorale du volume d'une mandarine.
- Biopsie : TV avec plages indiquant au moins un début de transformation épithéliomateuse (B) ou (C)
- le 11 février 1959 (Dr. Mouchet), resection rectale avec hémicolectomie gauche par voie abdominale pure.
- Histologie : TV avec transformation épithéliomateuse par plage . Tendance pénétrante marquée. Pas de ganglion envahis(Dr. Vermes).
- Suites immédiates : fistule stercorale périnéale (l'anastomose très basse était sous péritonéale) nécessitant un anus transverse de

dérivation qui est fermé en mai 1959, la fistule était tarie et le trajet cicatrisé.

- Suite éloignées : 1 - 1964, va très bien sur le plan local et général.
- Recul : 4 ans 11 mois.

Observation 41 - (Dr. MOUCHET)

- Madame BULT.... 68 ans
- Vue en janvier 1959, car depuis 4 mois présente des rectorragies avec glaires, faux besoins, tendance à la constipation. L'état général est bien conservé.
- Au TR : masse bourgeonnante légèrement mobile de la face postérieure de l'ampoule, ulcérée à 6 cm.
- Biopsie : épithélioma glandulaire d'allure végétante (C) (Dr. Vermes).
- le 7 juillet 1959 : amputation abdomino-périnéale avec colostomie iliaque gauche.
- Histologie : Image de T. villeuse présentant une transformation épithéliomateuse (C) (Dr. Vermes).
- Suites immédiates : simples.
- Suites éloignées 1 - 1964 . Va très bien sur le plan général. L'anus fonctionne correctement.
- Recul : 4 ans 6 mois.

Observation 42 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur RAB.... 66 ans
- en 1957, altération de l'état général, diarrhée, glaires, rectorragies mises sur le compte d'hémorroïdes.
- En octobre 1959, occlusion intestinale aigue. A l'hôpital d'Eaubonne on perçoit une tumeur rectale. Une coecostomie est pratiquée.
- En novembre 1959, consulte à Foch. L'état général est médiocre.
- Au TR : masse volumineuse de la taille d'une mandarine siégeant à la face postérieure de l'ampoule à 5 cm, saignant au contact. ulcérée au centre. Pas de ganglions inguinaux suspects à la palpation.
- La rectoscopie permet de voir la tumeur.
- Biopsie : TV avec zones de dédifférenciation et quelques altérations cytologiques en profondeur indiquant une transformation épithéliomateuse au moins débutante (Dr. Vermes).
- 25 novembre 1959 (Dr. MOUCHET) : amputation abdomino-périnéale : fermeture de la coescotomie.
- Histologie : épithélioma glandulaire surtout végétant en partie colloïde. (C). (Dr. Vermes).
- Suites immédiates : simples.

- Suites éloignées : en juin1960, troubles urinaires avec albuminurie, urémie, 1 g. douleurs lombaires.
- Evolution rapide vers un état confusionnel, Babinski bilatéral, anomalies diffuses à l'électroencéphalogramme. Décédée le 13 juin 1960.
- Survie : 2 ans 1/2

Observation 43 - (Dr. MOUCHET)

- Madame QUIN.... 74 ans
- Découverte d'une TV rectale en avril 1961 depuis 2 ans, émission de glaires, sensation de corps étranger rectal.
- En 1952, ligature de la carotide gauche pour fistule carotide interne.- Sinus caverneux.
- TR : tuméfactions mobiles, molles, implantées sur la face antérieure du rectum.
- Rectoscopie : à 9 cm polype secrétant des glaires et du mucus claire. A droite bourgeon dur et saillant, plus haut bourgeonnement sténosant à 12 cm.
- Biopsie : formations polypeuses dont on ne voit pas la base d'implantation sur la muqueuse rectale saine. Aspect de polype villeux, dont le stroma comporte une petite surcharge inflammatoire. Pas de signe de malignité (A).
- 31 mai 1961 : laparotomie exploratrice.Cancer total du foie. La tumeur siège au dessous du Douglas, et n'est pas perceptible.Anus iliaque gauche à point cuténé
- Histologie : foie : épithélioma glandulaire cylindrique.
- Suites immédiates : embolie pulmonaire mortelle le 6 juin 1961, soit au 7è jour post-opératoire.
- Il est très vraisemblable que la biopsie n'a intéressé qu'une partie non dégénérée des polypes villeux. C'est dire son insuffisance devant une TV étendue.

Observation 44 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur SIG... 55 ans.
- Découverte en avril 1963 d'une TV à 12 cm sur la face antérieure de l'ampoule rectale large de 3 cm s'étendant jusqu'à la jonction recto-sigmoïdienne.
- Biopsie : polyadénome villeux dégénéré. Images polyadénoïdes très nombreuses, anomalies cytologiques égalent. Infiltration de la sous-muqueuse (C) (Dr. Vinzert - Lecoeur).
- Lavement baryté : masse bourgeonnante sans signe de rétrécissement au niveau de la jonction recto-sigmoïdienne.
- 10 mai 1963 (Dr. MOUCHET) : Resection recto sigmoïdienne pour T. volumineuse adhérent un peu à la vessie par 2 noyaux extra-tumoraux au niveau de la corne gauche. La section passe 5 cm au-

sous du pôle inférieur de la tumeur qui effleure le Douglas.

- Histologie : ganglions, indemnes de métastases. T. d'allure villeuse présentant une transformation épithéliomateuse. Le processus s'étend à toutes les couches de la paroi, tantôt sous forme de plages glandulaires, tantôt sous forme de places colloïdes. Coexistence d'éléments inflammatoires (C) (Dr. Vermes).

- Suites immédiates : simples,

- suites éloignées : 1.1964. Va très bien sur le plan local et général.

- Recul : 8 mois.

Observation 45 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur COIS... 41 ans

- Consulte en février 1955 pour troubles du transit essentiellement diarrhée.

- Rectoscopie : à 10 cm, polype villeux sténosant suspect macroscopiquement de dégénérescence.

- Avril : 1955 : amputation abdomino-trans-anale type Toupet

- Histologie : tumeur V dégénérée, sans envahissement des ganglions prélevés, au niveau du pelvis (C) (Dr. Vermes).

- Suites : compliquées du fait de la technique.

. réascension du côlon intubé et sténose de l'anastomose colo-rectale imposant un anus de dérivation sous-angulo-colique droit. Au toucher rectal, on sentait une induration évoquant une récidive précoce. En fait, biopsie négative.

. En octobre 1955 : prolapsus del'anus ; réfection.

. en Septembre 1956, réintubation du côlon dans le rectum et séances de dilatation.

. puis fermeture de l'anus droit.

. Cependant en octobre 1958, la sténose persistante conduit à une résection de la zone sténosée, suivie de réintubation du côlon à travers l'anus.

Dans les suites de cette intervention, on doit réintervenir pour péritonite du fait de la réascencion du colon dans la cavité pelvienne et pratiquer un anus iliaque gauche.

. unepetite fistule vésicale résultant des interventions précédentes, nécessite une suture secondaire de la vessie.

. en octobre 1960, nouvelle tentative de rétablir le cours des matières par le périné. Opération selon le procédé de Duhamel.

. Mais la continence est mauvaise. De nombreuses séances de dilatation sont nécessaires pour obtenir un résultat médiocre. Si bien qu'en mars 1963, avec accord du malade, colostomie iliaque gauche définitive. Au cours de cette intervention on vérifie l'absence de toute récidive.

. en janvier 1964. va bien, l'anus fonctionne correctement.

- Recul : 8 ans 9 mois.

Observation 46 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur AUBR... 67 ans
- Vu en octobre 1963, fausses diarrhées, rectorragies, épreintes, faux besoins. Le début remonte à 1 - 2 ans. Actuellement, dix selles liquides par jour.
- Toucher rectal : masse mollasse en battant de cloche.
- Rectoscopie: masse pédiculée à 7 - 11 cm. sur la face postéro-droite. du rectum, bourgeonnante recouverte de mucus. Certains bourgeons sont rouges vifs, avec plages nécrotiques. Un polype plus haut à 12 cm.
- Lavement baryté :image lacunaire de la paroi postéro-droite de l'ampoule.
- Biopsie : tumeur végétante suspecte (le pédicule n'est pas compris dans la coupe (B) ? (Dr. Vermes).
- 5 novembre 1963 : amputation abdomino-périnéale décidée sur l'aspect macroscopique suspect et sur la biopsie quoique non formelle en faveur de la dégénérescence. Tumeur 6 x 6 x 7 cm de l'anus.
- Histologie : tumeur V avec début de transformation éptihéliomateuse avec pénétration en profondeur. Ganglions indemnes.
- Suites immédiates : OIA sur brides le 15 novembre 1963. Embolie pulmonaire dans les suites.
- En décembre 1963 soit 2 mois après l'intervention, allait bien.
- Recul 2 mois.

Observation 47 - (Pr. DEBRAY)

- Madame GAG.... 71 ans
- En 1954 et 1958, présente des rectorragies. Les rectoscopies pratiquées étaient négatives.
- en 1961, découverte à 9 cm d'une tumeur V. La biopsie pratiquée à cette époque montrait une tumeur "un peu suspecte" (B) (Dr. Martin)
- En février 1961, exérèse limitée par voie basse avec résection au bistouri électrique du pied de la lésion (Dr. Longuet).
- Histologie : Carcinome villeux (C)
- Dans les suites, quelques glaires. La rectoscopie est normale lavement baryté également,traitement par l'Endoxan.
- Suites éloignées : janvier 1964 : Va bien.
- Recul 2 ans 11 mois,
- La brièveté ducompte rendu histologique peut faire douter qu'il s'agit d'un carcinome in situ ou invasif. Dans le doute, nous l'avons classé dans ce groupe.

Observation 48 - Dr. MOUCHET)

- Madame MET.... 59 ans
- Vue le 21 novembre 1962, pour l'apparition récente de glaires sanguinolentes. En 1957, douleurs rectales et dans la fosse iliaque gauche. Le Pr.Cornet demande une rectoscopie qui est négative. Découverte d'hémorroïdes.
- Toucher rectal : petite masse de la grosseur d'une mirabelle sur la face antérieure du rectum à 5 cm de la marge anale.
- Anuscopie : aspect villeux.
- Biopsie (Pr. Duperrat) : Tumeur V bénigne.
- le 21 novembre 1962 Exérèse simple chirurgicale par les voies naturelles.
- Histologie (Pr. Duperrat). Pied d'implantation infiltré de boyaux très actifs. Epithélioma cylindrique glandulaire infiltrant.
- Suites immédiates : 2 embolies pulmonaires. Etant donné ces complications emboliques et la psychologie de cette malade, on renonce à un traitement plus rationnel qui aurait été une opération radicale.
- Va bien en octobre 1963
- Recul 1 an

Observation 49 - (Dr. MOUCHET)

- Madame DEBR.... 72 ans
- Découverte en 1961 d'une tumeur V pédiculée à 8 cm siégeant sur la face antérieure du rectum, du volume d'une cerise.
- le 11 avril 1961, exérèse simple chirurgicale par les voies naturelles.
- Histologie (Dr. Deiller) - Tumeur V présentant des aspects épithéliomateux au niveau de son pied d'insertion (Epithélioma villeux)(C).
- Suites opératoires : simples.
- Non revue depuis l'intervention.

Observation 50 - (Dr. MOUCHET) (Tumeur V récidivée)

- Monsieur de COTT..... 74 ans
- Découverte d'une tumeur V à l'occasion de rectorragies, faux besoins, fausses diarrhées, asthénie, depuis 2 mois.
- Rectoscopie : tumeur V à 7 cm de l'anus siégeant sur la paroi antérieure du volume d'une mirabelle, bosselée, mobile, à base d'implantation souple.
- Biopsie : tumeur V avec sur plusieurs fragments, épithélioma cylindrique glandulaire.
- Adénome prostatique.
- 21 octobre 1959 : hémicolectomie gauche avec intubation colique trans-anale type Toupet. La séction passe 2 cm au dessous de la tumeur.

-Suites immédiates : éviscération
- Suites éloignées : continence satisfaisante,
. mais en octobre 1961, douleurs sciatiques gauches.
. En février 1962, tumeur iliaque gauche. Prolifération osseuse néoplasique. Muqueuse rectale ulcérée et saignant au contact. Donc récidive rectale et métastases osseuses.
. décès en juin 1962
- Survie : 2 ans 8 mois
- Il est probable qu'une amputation aurait été préférable pour cette tumeur bas située, dégénérée à la biopsie.

Observation 51 - Dr. MOUCHET) (Tumeur V récidivée)

- Monsieur DURU.... 75 ans
- Vu en 1958. Depuis 6 mois constipation opiniâtre, faux besoins.
- Rectoscopie à 10 cm, tumeur végétante et friable sur la face antérieure de l'ampoule.
- Biopsie : tumeur avec début de transformation épithélioma-teuse.
- 9 juillet 1958, exérèse abdomino-trans-anale type Toupet.
- Histologie : tumeur V avec début de transformation épithélio-mateuse. La tendance pénétrante en profondeur semble relativement peu marquée (C).
- Suites immédiates : simples.
-Suites éloignées :
. octobre 1959 : sténose de l'anastomose : dilatations. En Avril 1959, sténose améliorée, mais incontinence et constipation.
. novembre 1959 : 1è récidive (16 mois) sous forme d'une petite masse ovale framboisée mobile, pédiculée sur la ligne ano-cutanée.
. 12 novembre 1959 - Exérèse, biopsie
. août 1960 (9 mois) : polype près de la ligne ano-cutanée. Ablation par électro-coagulation. Le polype était bénin : 2è récidive.
. Janvier 1962 : 3è récidive (17 mois) condylome para-anal, à l'histologie, papillome recouvert d'un épithélium malpighien de type anal. Dans le conjonctif plages épithéliomateuses de type glandulaire avec zones colloïdes. Epithelioma venant de plus haut.
- Traitement : radiothérapie de contact à Gustave Roussy Insuffisant et :
. en Mars 1962 ; persiste une masse grosse comme une noisette sur la ligne médiane postérieure, dure. Un ganglion inguinal droit est perçu induré. L'ablation chirurgicale est décidée.
. 13 mars 1962 : ablation du noyau de récidive et du ganglion inguinal.
- Histologie : épithélioma glandulaire cylindrique très colloïde. Tendance envahissante profonde marquée. Ganglion : métastases.
- Mars 1964 - 4e Récidive - Blocage néoplasique du petit bassin - Anus iliaque - Sonde vésicale à demeure.

Observation 52 - (Dr. MOUCHET) (Tumeur V récidivée)

- Monsieur BAUD.... 74 ans
- Opéré en octobre 1953, d'une volumineuse tumeur V à 4 cm de l'anus sur la face postérieure. Exérèse par les voies naturelles.
- A la biopsie : tumeur V bénigne (A) (Dr. Vermes). Mais sur la pièce d'exérèse, transformation maligne nette en une zone (C)
- Juin 1954, (8 mois plus tard) Récidive annoncée par l'émission de glaires sanglantes. Au toucher rectal, tumeur bourgeonnante indurée sur la face droite de l'ampoule à 6 cm de la ligne ano-cutanée.
- Juin 1954 : amputation abdomino-périnéale de propreté (métastase hépatique).
- Histologie :infiltration massive de la paroi rectale par épithélioma glandulaire cylindrique.
- Décédé en 1955 de métastases hépatiques.
- Survie : 2 ans.

Ce cas pose le problème d'un élargissement de l'exérèse si l'histologie révèle un envahissement non soupçonné sur la biopsie.Il est certain que l'exérèse simple première était un acte insuffisant. L'âge du malade a peut être contribué à une abstention secondaire précoce. 8 mois plus tard, la récidive imposant la réintervention qui fut une exérèse large mais purement palliative. Il semble que dans ces cas, on doit recourir d'emblée à une réintervention élargie.

Observation 53 - (Dr. MOUCHET) (Tumeur V récidivée)

- Monsieur DEL.... 76 ans
- Découverte en novembre 1959 d'une tumeur V. à 7 cm de l'anus chez un malade consultant pour brûlures anales, fièvre.
- Rectoscopie : formation ulcéro-végétante sur la face antérieure de l'ampoule du volume d'une noix.
- Lavement baryté : RAS
- Biopsie : tumeur V sans signe de malignité évident, mais probabilité de dégénérescence (?)
- Etat général précaire (coronarite, insuffisance cardiaque, abcès du poumon récent, adénome prostatique).
- Pour ces raisons, jointes à l'âge (76 ans)
- Le 12 décembre 1958, exérèse simple par les voies naturelles
- Histologie : tumeur V dégénérée (C)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : récidive en octobre 1959 (10 mois), mais à la biopsie, pas de signes histologiques de malignité.

- Le malade est décédé le 18 avril 1962. Pas de cause exacte du décès.
- Survie : 3 ans 4 mois.

Observation 54 - (Dr. HOUDARD) (Tumeur V récidivée)

- Madame COUL.... 69 ans
- Découverte en mars 1963, d'une formation polypoïde pédiculée du volume d'une noix, d'aspect villeux (7 cm)
- Ablation par électrocoagulation par les voies naturelles (Dr. Soullard).
- Histologie : polyadénome villeux de type malin, mais on ne peut affirmer l'envahissement de la musculaire muqueuse.
- Récidive en mai 1963, sur la cicatrice (2 mois) sous forme d'un pois chiche qui est enlevé à la pince biopsie.
- Depuis nouvelles rectorragie.
- 10juin 1953 : Babcock.
- Histologie : cicatrice d'une tumeur V maligne sans signe de récidive, 2 polypes bénins au-dessus de la cicatrice.
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : octobre 1963 : Va bien. Résultat fonctionnel moyen (une selle par jour avec lavement).
- Recul : 4 mois,
- Au total, Babcock de principe après récidive précoce.

oOo

TUMEURS VILLEUSES DU GROUPE B

Observation 55 (Dr. MOUCHET)

- Monsieur REN..... 53 ans.
- Découverte en 1960 d'une lésion polypoïde à 18 cm
- Biopsie : épithélioma cylindrique glandulaire (C)
- 5 juin 1960 : pas de tumeur palpable. Découverte après colotomie d'une tumeur du volume d'un gros pois, pédiculée, non ulcérée, de couleur rouge vineux. Examen histologique extemporané : tumeur V dégénérée. Colectomie segmentaire : anastomose latéro-terminale. Résection triangulaire du méso avec ligature de l'hémorroïdale inférieure.
- Histologie : le pédicule est normal. Pas d'essaimage en profondeur. Ganglions : indemnes, donc groupe B
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : janvier 1964 : colite, impuissance, pas de récidive, bon état général.
- Recul : 3 ans 6 mois.

Observation 56 - (Dr. MOUCHET)

- Madame DROU ....66 ans
- 1953 - rectorragies peu abondantes mais répétées.
- 1954 - Troubles du transit,
- Rectoscopie : polype juste au dessus de la marge de l'anus.
- Biopsie : épithélioma cylindrique de type glandulaire (C)
- 28 octobre 1954 : amputation abdomino-périnéale. Colostomie iliaque gauche.
- Histologie : tumeur présentant sur des zones étendues des phénomènes de dédifférenciation avec d'autres altérations cytologiques importantes, ainsi que de nombreuses mitoses. Entre dans la classification de Schneiden groupe II. Base d'implantation exempte de cellules tumorales. (B)
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées : janvier 1964 (75 ans), crise de cystite, (Rufol), par ailleurs, va très bien.
- Recul 9 ans 4 mois.
- S'il y a eu erreur par excès de la biopsie, le résultat à distance est excellent.

Observation 57 - (Dr; MOUCHET)

- Madame DAN.... 64 ans
- Vue en février 1962. Depuis un mois, rectorragies peu abondantes, faux besoins. Depuis un an, diarrhée importante et glaires. Etat général excellent.
- Rectoscopie : à 11 cm sur la face droite, polype du volume d'une noix, saillant, pendulaire, saignant facilement.
- Biopsie (Dr. Vermes) tumeur V, épithélium dédifférencié. Anomalies cytologiques. Mitoses, pas de pénétration en profondeur (B).
- 6 mars 1962 : recto-sigmoïdectomie (tumeur molle repérée après rectotomie). La section passe 4 à 5 cm au dessous.
- Histologie : tumeur V avec zones de dédifférenciation. Quelques anomalies cytologiques et mitoses. Pas de pénétration en profondeur.
- Suites immédiates : phlébite (anticoagulant)
- Réopérée en novembre 1962 pour cure d'éventration. Second look : anastomose parfaite.
- Suites éloignées, janvier 1964 : va très bien.
- Recul : 1 an 10 mois (66 ans)

Observation 58 -(Dr. MOUCHET)

- Monsieur MOR.... 78 ans
- En février 1957, présente deux rectorragies isolées.
- Rectoscopie : bourgeon ulcéré de 2 cm de diamètre sur la face antérieure du rectum à 10 cm (perçue au toucher rectal)
- Biopsies: 1) dédifférenciation d'une certaine hyperplasie recouvrant un tissu conjonctivo-musculaire. Pas de signe de malignité. 2) - épithélium dédifférencié. Pas de signe de malignité.
- 22 février 1957 : une tentative d'exérèse par voie basse échoue car on ne retrouve pas la tumeur.
- En mai 1958, lavement baryté: belle image du recto sigmoï évoquant la tumeur villeuse.
- La rectoscopie ne retrouve pas la tumeur.
- 11 juin 1957, colectomie segmentaire (25 cm). Anastomose colo rectale termino-terminale. La tumeur d'apparence bénigne siège au sommet du sigmoïde et sert de tête à une invagination (ce qui explique les déboires précédents).
- Histologie : tumeur villeuse avec par place tendance évolutive épithéliomateuse (B). Pas d'envahissement profond.
- Suites immédiates : simples,
- suites éloignées : janvier 1964 : va très bien.
- Recul : 6 ans 7 mois.

Observation 59 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur LAN.... 89 ans
- Ablation en 1956 à Figeac d'un polype rectal et cure d'hémorroïdes.
- 1957 : diarrhée, faux besoins.
- Rectoscopie : - 1 petit polype à 9 cm. 1 gros polype mal limité à 10 cm. 1 petit polype à 18 cm.
- Biopsie : sur le fragment sigmoïdien, zone de dédifférenciation sans signes de malignité. Sur les autres, mitoses et zones de dédifférenciation. Pas de diagnostic de malignité possible.
- Lavement baryté : pas de polypose multiple.
- Echec d'une tentative d'exérèse par voie basse.
- Nouvelles biopsie en décembre 1957, image de tumeur villeuse nettement proliférative, sans signes histologiques de transformation épithéliomateuse franche.
- 7 février 1958 : Toupet (Dr. Marquand)
- Il existe une masse du volume d'une orange à 10 cm.
- Histologie : tumeur villeuse présentant des zones de dégénérescence nette avec sur un point des aspects "colloïdes". Pas de pénétration évidente en profondeur (B)
- Suites immédiates : hyperthermie, hyperleucocytose inexpliquées cédant aux antibiotiques.
- Résection du côlon extériorisé + suture,
- Suites éloignées :
  . août 1958, occlusion intestinale aigue par sténose inflammatoire de l'anastomose. Pas de récidive. Anus iliaque gauche et, en
  . janvier 1964 (95 ans)
- Garde l'anus iliaque gauche qui fonctionne bien,
- Par ailleurs, excellent état général.
- Recul : 5 ans 11 mois
- Mauvais résultat fonctionnel du Toupet,
- Bon résultat sur le plan tumoral.

Observation 60 - (Dr. MOUCHET)

- Madame BON.... 59 ans
- En octobre 1958, diarrhée puis constipation, quelques filets de sang dans les selles.
- Rectoscopie : polype villeux sessile à 7 cm occupant la moitié antérieure du rectum.
- Biopsie : formation polypoïde avec zones de dédifférenciation de l'épithélium sans signe de malignité (le prélèvement n'intéresse pas la base).
- Dans le doute, le 2 décembre 1958 :
  . amputation abdomino trans-anale. Type Toupet
- Histologie : tumeur villeuse avec une petite zone de transformation épithéliomateuse indiscutable sans tendance pénétrante en profondeur (B)

- Suites immédiates : simples.
- Suites éloignées : janvier 64 - (64 ans)

Va bien,

Bon résultat fonctionnel : va spontanément tous les jours à la selle. Bonne continence du sphincter.

- Recul : 5 ans 1 mois

Observation 61 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur Chev... 58 ans
- Rectorragie en 1955
- Rectoscopie : polype bas situé.
- Biopsie : tumeur villeuse avec abondantes mitoses parfois anormales et noyaux hyperchroniques (G). ??
- 16 novembre 1955 : amputation abdomino-périnéale
- Histologie : tumeur V. avec début de transformation épithéliomateuse, mais sans tendance pénétrante manifeste en profondeur.
- Suites immédiate : 2 petites fistules périnéales.
- Suites éloignées : occlusion intestinale aigue en 1958 par brides. A l'intervention pas de métastases.
- Dans les suites de cette intervention, fistule périnéale qui se fermera en trois mois.
- Serait vivant en 1964 en bonne santé (nouvelles par un tiers).
- Recul présumé : 8 ans (66 ans)

Observation 62 - (Pr. POILLEUX)

- Madame Clev.... 82 ans
- En septembre 1955, rectorragies
- En décembre, glaires
- Rectoscopie : tumeur de la taille d'une noix à la face postérieure du canal anal, à la jonction ano-rectale, polylobée, rose d'allure villeuse.
- Biopsie : tumeur V rectale bénigne (A)
- Lavement baryté : RAS
- 21 décembre 1955 (Pr. Houdard)

Exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles

- Histologie : tumeur V typique en voie de transformation maligne ne présentant pas encore de caractère infiltrant. La zone végétante est entièrement incluse dans le prélèvement.
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : perdue de vue

Observation 63 (Pr. POILLEUX)

- Madame Gui.... 44 ans

- En octobre 1958, rectorragies, faux besoins depuis 3 mois.
- Rectoscopie (Dr. Simon) tumeur villeuse à 9,5 cm.
- Lavement baryté : tumeur visible

Le reste du cadre colique est normal.

- 29 octobre 1958 (Pr. Houdard)

Résection recto-sigmoïdienne et anus iliaque gauche (angle colique gauche) de sécurité. (Anastomose termino-terminale difficile). La coupe passe 4 cm au dessous de la tumeur.

- Histologie : tumeur V d'aspect macroscopique bénin. En une zone restreinte prolifération d'aspect épithéliomateux avec début de néoplasie colloïde limitée à la muqueuse. Pas de caractère invasif.
- Suites immédiates : simples

Fermeture de l'anus gauche en décembre 1958

- Suites éloignées :

. hystérectomie en 1960, pas de récidive,

. en 1963 : double intervention pour luxation congénitale des hanches (Pr. Judet)

- Janvier 1964 : va bien

Suit un régime et traitement pour colite.

- Recul : 5 ans 3 mois

Observation 64 (Pr. PATEL)

- Monsieur Kon.... 61 ans
- En janvier 1960, diarrhée et glaires (depuis un an)
- Rectoscopie : gros polype à 13 cm
- Biopsie : polyadénome de caractère villeux, très mitotique.
- Lavement baryté : image lacunaire de l'ampoule rectale
- 14 janvier 1960

Exérèse chirurgicale simple par les voies naturelles.

- Histologie : tumeur villeuse végétante avec disparition du pouvoir secrétant des cellules bordant les villosités. Celles-ci sont pluristratifiées et présentent de nombreuses mitoses. Forme en voie de transformation maligne mais pas d'infiltration du pédicule d'implantation.
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées: va bien en février 1964
- Recul : 5 ans 4 mois

Observation 65 (Pr. PATEL)

- Monsieur Bon... 79 ans
- Vu en février 1957 pour rectorragies. Depuis un an, faux besoins, tenesme, épreintes.
- Toucher rectal : grosse prostate.
- Lavement baryté : à la jonction recto-sigmoïdienne, zone d'une dizaine de cm qui s'injecte mal, marécageuse et légèrement

invaginée dans le rectum.

- Rectoscopie : à 14 cm, masse arrondie, très hémorragique.
- Biopsie : tumeur villeuse très inflammatoire. Pas de dégénérescence sur le prélèvement.
- Février 1957 : recto-sigmoïdectomie segmentaire
- Histologie : prolifération de villosités très importante. Epithélium cylindrique assez complètement dédifférencié. Il est difficile d'affirmer si la tumeur est arrivée au stade de malignité.
- Pas d'infiltration pariétale cependant et la musculeuse n'est pas franchie, formation inflammatoire de la musculaire muqueuse (B)
- Suites immédiates : simples
- Perdu de vue.

Observation 66 (Pr. DEBRAY)

- Madame Chot.... 79 ans
- En Mai 1962, invagination intestinale aigue colo-colique, cédant au traitement médical (?)
- Lavement baryté : polype du sigmoïde,
- Rectoscopie : normale jusqu'à 24 cm
- 22 juin 1962 (Dr. Validine) Colotomie et exérèse simple du polype.
- Histologie (Dr. Martin) : prolifération de longues franges glandulaires, tassées les unes contre les autres et dont le revêtement est généralement constitué par de grandes cellules claires muco-secrétantes, à noyaux assez réguliers. En un point, cellules cylindriques basophiles avec anarchies cellulaires. Polype villeux porteur d'une zone manifestement carcinomateuse pas encore infiltrante (B)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées: en janvier 1964 :
  . altération de l'état général, vomissements, moelena.
  . radio estomac : large néoplasme étendu de l'antre gastrique.
  . rectoscopie impossible.

Observation 67 (Dr MOUCHET - Pr. DEBRAY) (Tumeur villeuse récidivée)

- Monsieur Voul.... 63 ans
- Colite chronique. En 1959, rectoscopie (Pr. Debray) polype villeux du rectum.
- Biopsie (Dr. Martin) : longues villosités ramifiées et flexueuses tassées les unes contre les autres et revêtues d'une ou plusieurs couches de cellules cylindriques claires, parfois muco-secrétantes. La structure d'ensemble était assez régulière mais l'analyse des caractères cellulaires montrait un fort pourcentage de monstruosités nucléaires de mitoses anarchiques : épithélioma à structure villeuse.

- Lavement baryté : image lacunaire de l'ampoule rectale, Sygmoïde diverticulaire.

- 24 novembre 1959 (Dr. Mouchet) : Hémicolectomie gauche mais tumeur très bas située. Anastomose transverso-rectale, difficile. La coupe passe près de la tumeur villeuse

- Histologie (Dr. Vermes)

Epithélioma in situ non invasif

- Suites immédiates : abcès de paroi

- Suites éloignées : incision d'un phlegmon de paroi en 1960 Septembre 1962 (2 ans 10 mois).

- Récidive sur la zone de suture à la partie postérieure.

- Opéré en Yougoslavie : amputation abdomino-périnéale 1963

- Janvier 1964 : va bien.

- Au total, afin de conserver la fonction sphinctérienne, la section était passée trop prés du pôle inférieur de la tumeur villeuse (cela à la demande formelle du malade).

- Recul : 1 an, depuis la 2è intervention

Observation 68 (Pr. PATEL) (Tumeur villeuse récidivée)

- Madame Log.... 57 ans (Dr. Patel)

- En 1956 à Troyes, anus iliaque gauche pour tumeur rectale prise pour un cancer. Depuis 2 ans, rectorragies, épreintes. On avait pratiqué en outre, de la radiothérapie de contact.

- En 1958 : hémorragies par l'anus périnéal.

- En août 1959 : biopsie d'une masse siégeant sur la face gauche de l'ampoule rectale. Tumeur villeuse sans signe de malignité (A). Une 2è biopsie : tumeur V. dégénérée partiellement).

- Un traitement par radiothérapie de contact est entrepris. (Dr. Albot).

- De juillet à septembre 1960, réapparition d'hémorragies, mais à la rectoscopie, on ne voit plus la tumeur.

- En janvier 1961 : l'état local satisfaisant permit la fermeture de l'anus iliaque.

- Mais en avril 1961, nouvelles hémorragies rectales, ulcération gangréneuse de l'anus et sténose rectale, mise sur le compte de la radiothérapie.

- Si bien qu'en mai 1961, nouvel anus iliaque gauche.

- Les hémorragies persistent,

- En aout 1961, laparotomie exploratrice (Pr. Cormier)

Il existe une hypertension portale avec un petit foie une grosse rate, une ascite. Devant cette cirrhose sévère, on décide de s'abstenir.

- En octobre 1963 récidive tumorale. La radiothérapie envisagée ne peut être faite par impossibilité technique locale.

- Une amputation abdomino-périnéale est proposée. La malade après un premier refus, accepte.

- Octobre 1963 : amputation abdomino-périnéale "d'hémostase"

- Mais cette malade obèse, diabétique, hypertendue, et cirrhotique décède dans les suites opératoires par coma et insuffisance cardiaque.

Observation 69 (Pr. PATEL) (Tumeur villeuses multiples)(3)

- Monsieur Le Mag..... 65 ans
- En juillet 1963, rectorragies, en fait durant depuis 3 à 4 ans, attribuées à des hémorroïdes, d'ailleurs existantes mais sclérosées en 1958, altération importante de l'état général avec amaigrissement de 20kg.
- Toucher rectal : bourgeon de la partie haute de la face postérieure de l'ampoule rectale, ne saignant pas au contact.
- Rectoscopie : à 6 cm formation polypoïde bourgeonnante assez largement implantée avec infiltration de la base.
- Lavement baryté : pas d'autres lésions en amont,
- 22 juillet 1963 : amputation abdomino-périnéale. Il existe une tumeur manifestement dégénérée de l'ampoule rectale. Une tumeur d'apparence bénigne du bas sigmoïde,
- Histologie (Dr; Feyel) :
  . une tumeur pédiculée : polype à structure villeuse sans malignité.
  . une tumeur volumineuse : gros polype villeux pré-néoplasique, mais pas d'infiltration de la musculaire muqueuse.
  . une troisième petite tumeur pédiculée : bénigne.
- Donc trois tumeurs villeuses dont une en voie de dégénérescence.
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : octobre 1963. Va bien.
- Recul : 3 mois.

oOo

TUMEUR VILLEUSE BENIGNE + TUMEUR VILLEUSE DEGENEREE

Observation 70 - (Pr. HOUDARD)

- Madame Lai..... 59 ans
- Vue en juin 1953. Depuis un an rectorragies, et fausses émissions. Amaigrissement de 8 kg.
- Rectoscopie : une tumeur villeuse à 8 cm: une tumeur villeuse à 18 cm.
- Ainsi que de nombreuses autres lésions d'ailleurs polypeuses.
- Biopsie : à 18 cm : tumeur villeuse bénigne (A). A 8 cm : aspect épithéliomateux avec envahissement de la musculeuse (C)
- Juin 1963 : colectomie et Hartmann
- Décès dans les suites opératoires de défaillance cardiaque.

Observation 71 (Dr. MOUCHET)

- Madame Cou..... 53 ans
- Vue en Novembre 1957, pour rectorragies, tenesme, altération de l'état général datant de 6 mois.
- Toucher rectal : à 3 cm, masse antérieure débordant latéralement, fixée à droite.
- 3 décembre 1957 : amputation abdomino-périnéale. 2 polypes à 5 cm, à 40 cm.
- Histologie : ler polype bénin (A). 2è polype : tumeur V dégénérée, avec tendance pénétrante assez peu marquée. Nombreux éléments inflammatoires (C)
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : janvier 1964 (59 ans)
  Va bien, traitée pour artérite des membres inférieurs.
- Recul : 6 ans 2 mois.

oOo

TUMEUR VILLEUSE + CANCER

Observation 72 - (Dr. MOUCHET)

- Madame Cha.... 76 ans
- Passé de troubles du transit avec douleurs abdominales, Amaigrissement récent.
- En mai 1954, recrudescence des douleurs.
- Lavement baryté : diverticulose colique, polype recto-sigmoïdien probable.
- Rectoscopie : à 13 cm, tumeur d'aspect polypoïde d'allure villeuse, du volume d'une noix à la surface grenue, irrégulière.
- Biopsie : tumeur d'allure villeuse à éléments épithéliaux le plus souvent dédifférenciés. Cellules inflammatoires. Pas de signes évidents de malignité.
- 14 septembre 1954 : laparotomie exploratrice

Ascite, métastases péritonéales et hépatiques. Tumeur du coecum importante néoplasique.

- Histologie : métastase : épithélioma glandulaire colloïde.
- Décès dans les suites opératoires

Observation 73 (Dr. MOUCHET)

- Madame Bour....
- Découverte en 1956, à l'occasion d'un épisode subocclusif, d'une sténose sigmoïdienne.
- Recto-sigmoïdoscopie : tumeur à 14 cm
- Biopsie : tumeur villeuse sans signe de dégénérescence (A)
- Diagnostic : cancer du sigmoïde + tumeur villeuse recto-sigmoïde.
- 29 mars 1957 : laparotomie : confirme le diagnostic: Hémicolectomie gauche "vraie"

Il existe une 2è tumeur villeuse rectale sous-jacente à la précédente, enlevée, simplement par section du pédicule.

- Histologie : sigmoïde : épithélioma cylindrique glandulaire, Les deux tumeurs villeuses sont bénignes.
- Suites immédiates : simples,
- Suites éloignées: janvier 1964, va très bien
- Recul : 6 ans 10 mois

Observation 74 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur Deg.... 77 ans
- Découverte en 1959 d'une tumeur recto-sigmoïdienne à l'occasion de rectorragies avec glaires, tenesme et fausses diarrhées, Amaigrissement de 15 kg.
- Rectoscopie : tumeur végétante à 15 cm
- Biopsie : épithélioma papillaire
- Lavement baryté : obstacle recto-sigmoïdien.
- 23 octobre 1959 : hémicolectomie gauche "vraie"(foie :RAS)
- Histologie : (Dr. Vermes) :
  . épithélioma glandulaire cylindrique pénétrant,
  . un polype villeux bénin sur la recoupe
  . ganglions : indemnes
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées : décédée le 12 avril 1963
- Survie : 3 ans 6 mois.

Observation 75 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur De .... 71 ans
- En avril 1961, découverte à la rectoscopie d'une masse bourgeonnante siégeant à la charnière recto-sigmoïdienne. Depuis 6mois rectorragies, fausses envies, amaigrissement.
- Lavement baryté : sténose recto-sigmoïdienne très évocatrice de c trice de cancer.
- Biopsie : 2 prélèvements : polypes bénins.
- 3 autres prélèvements : proliférations adénomateuses banales.
- 5 septembre 1961 : laparotomie. Cancer recto-sigmoïdien. Métastases hépatiques.

Colectomie segmentaire de propreté. 6 à 7 cm au dessous du cancer, tumeur villeuse enlevée dans la recoupe.

- Histologie : sigmoïde : épithélioma glandulaire cylindrique. T. sous-jacente : tumeur villeuse sans transformation maligne.
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées: décès le 12 avril 1963

Métastases hépatiques

Observation 76 - (Dr. MOUCHET)

- Monsieur Fran.... 56 ans
- Découverte en 1959 d'uncancer du sigmoïde et d'une tumeur V. bénigne de l'ampoule rectale (à 7 cm) à l'occasion d'un syndrome subocclusif avec rectorragie et glaires.
- 1er octobre 1959 : résection recto-sigmoïdienne
- Suites immédiates : simples
- Suites éloignées: perdu de vue.

Observation 77 - (Dr. MOUCHET)

- Madame Dour.... 64 ans
- En février 1963, à l'occasion de rectorragies, avec glaires, constipation alternant avec de la diarrhée, amaigrissement (durant depuis 8 mois)
- Au toucher rectal : tumeur à bout de doigt.
- Lavement baryté : rétrécissement recto-sigmoïdien d'allure néoplasique.
- Rectoscopie : pôle inférieur de la tumeur à 12 cm
Polype pédiculée à 9 cm.
- Biopsie (tumeur) : néoplasme
- 18 juin 1963 : hémicolectomie gauche "vraie". Anastomose transverso-rectale.
- Histologie : épithélioma glandulaire, G anglions : indemnes, Polypes villeux avec anarchies cellulaires, sans pénétration en profondeur.
- Suites immédiates : simples.
- Suites éloignées: février 1964 : Va très bien sur le plan local. Psychasthénique ++++
- Recul : 8 mois.

Observation 78 - (Pr. POILLEUX)

- Monsieur Gei.... 68 ans
- En juin 1963, rectorragies peu abondantes et répétées.
- En 1960 ablation de polypes rectaux à l'hopital Saint Michel, par les voies naturelles.
- Actuellement, émission de glaires en abondance, épisodes de subobstruction avec débacles diarrhéiques. Altération de l'état général : amaigrissement, asthénie , anorexie.
- Rectoscopie (Dr. Simon) : tumeur rectale volumineuse (6 x 4 cm) villeuse, saignante, sessile.
- Biopsie : tumeur V typique sans signe de malignité (A)
- Lavement baryté : cancer de l'angle colique droit.
- 25 juillet 1963 : hémicolectomie droite. Résection recto-sigmoïdienne segmentaire.
- Suites immédiates : décédé au 15 è jour d'embolie pulmonaire massive (malgré un traitement anticoagulant systématique entrepris)
- Histologie : polyadénome villeux bénin (A). Adéno-carcinome Lieberkhunnien ayant envahi la paroi. Ganglions envahis.

oOo

TUMEURS VILLEUSES AVEC TROUBLES HYDRO-ELECTROLYTIQUES

Observation 79 - (Pr. DEBRAY)

- Madame Bro.... 59 ans, fermière, est vue en Octobre 1961. Depuis 5 ans, tendance diarrhéique, accrue depuis 3 semaines avec glaires abondantes.

- En août aggravation, émissions glaireuses de 100 à 300 ml 10 à 12 fois par jour. Amaigrissement de 10 kg, asthénie importante, soif vive, crampes.

- Lavement baryté : en septembre 1961, aspect cérébroïde du rectum.

- Toucher rectal : impression de nombreux replis veloutés;

- Rectoscopie : polyadénome rouge, mous, semblant tapisser toute la paroi rectale. Ecoulement important gênant l'examen. La partie supérieure du rectum est saine.

- Biopsie : tumeur villeuse bénigne (A)

- Dans les suites de la rectoscopie : brutale décompensation hydro-électrolytique (du fait des lavements hypotoniques).

- Urée : 1,90 g.
- Cl : 75,5 mEq
- Na : 118 mEq
- RA 30,6
- K : 2,45

avec tendance comateuse, ballonnement abdominal, images hydro-aériques abdominales, masse perçue dans le flanc droit (en fait vésicule normale après opacification).

- Rééquilibration intensive suivie de bilans ioniques répétés. Il faut 8 jours pour obtenir des constantes biologiques correctes.

- L'intervention n'est entreprise que 1 mois après le déclenchement des symptomes, alors que la malade est équilibrée par 8 g de ClNa et 8 g. de ClK par jour.

- L'étendue des lésions impose une amputation abdomino-périnéale avec anus iliaque gauche (Dr. Moreaux).

La tumeur s'étend circonférenciellement de la ligne ano-cutanée à 15 cm.

- Histologie :(Dr. Martin) très longues villosités avec un revêtement eosinophile très régulier. Noyaux à disposition basale. Début de stratification par place. Mitoses assez nombreuses mais non anarchiques.

En un point, effraction de la musculaire muqueuse et présence dans la sous muqueuse d'un tube gandulaire irrégulier.

- Rapport histophotométrique est de type bénin (Laumonier)
- Revue 2 mois après l'opération : va bien.

Observation 80 - (Pr. DOMART et Pr. POILLEUX)

- Madame.... est vue en novembre 1961, dans un état d'adynamie avec torpeur, deshydratation très importante, T.A. 9-6. Les émissions liquidiennes par l'anus sont très abondantes.

L'abdomen météorisé, asymétrique et tympanique en imposait pour une occlusion.

Sur le plan biologique :

- l'urée : 4 g
- RA : 27
- Na : 119
- Cl : 84
- K : 4,3
- Après 7 jours de réanimation (12 g de ClNa par jour en moyenne, 2.500 à 3.000 de liquide) l'amélioration clinique et biologique est nette.
- La rectoscopie peut être pratiquée. Elle confirme la Tumeur Villeuse suspectée cliniquement. Elle siège à la jonction recto-sigmoïdienne.
- En fait, cette malade présentait des alternatives de diarrhées et de constipations depuis 15 ans. 2 ans avant cet accident, une rectoscopie avait permis le diagnostic de tumeur villeuse, confirmé par la biopsie. La malade avait refusé l'intervention.
- Celle-ci acceptée, consiste en une résection sigmoïdienne, emportant le sigmoïde volvulé sur une très grosse tumeur villeuse.
- Histologie : tumeur villeuse bénigne (A)
- Suites immédiates simples
- Suites éloignées: 6 mois après l'opération, va bien.

oOo

CONCLUSIONS

I - 80 tumeurs villeuses ont été étudiées réparties en trois groupes après examen histologique de toute la pièce d'exérèse.

A - tumeurs villeuses bénignes : 38 cas
B - tumeurs villeuses suspectes : 15 cas
C - tumeurs villeuses dégénérées : 16 cas.

Ont été isolées :

- 2 tumeurs villeuses bénignes associées à une tumeur villeuse dégénérée (assimilée au groupe C pour les suites éloignées).

- 2 tumeurs villeuses avec troubles hydroélectrolytiques (1 du groupe A, l'autre du groupe B)

- 7 tumeurs villeuses associées à des cancers coliques ou rectaux.

Soit :

- 39 tumeurs villeuses bénignes : 48,7 %
- 16 tumeurs billeuses suspectes : 20 %
- 18 tumeurs villeuses dégénérées : 22,5 %
- 7 tumeurs villeuses plus cancer : 8,7 %

II - Etiologie :

Leur fréquence est faible : 1,4 % des tumeurs coliques,
2,3 % des tumeurs rectales.

Elles s'observent surtout chez l'adulte et le vieillard.

L'âge moyen est de 63,6 ans

Les âges extrêmes 27 et 89 ans.

La répartition est égale dans les deux sexes.

III - Anatomie-Pathologique :

a -Chez 80 malades on a dénombré 94 tumeurs,

. 75;5 % de ces tumeurs siègent de 0 à 14 centimètres de la marge anale,

. 25,5 % sont au-delà, sur le sigmoïde.

. dans 11,5 % il existe des tumeurs villeuses mutilples.

b -La difficulté d'interprétation histologique de ces tumeurs est bien connue.

L'examen doit porter sur toute la pièce,

Le seul signe certain de dégénérescence est le franchissement de la musculaire muqueuse, par les éléments tumoraux.

Le potentiel de récidive est notable, pas toujours sur le même type que la tumeur primitive.

La fréquence des tumeurs dégénérées (22,5 %) doit être notée.

IV - Clinique :

a) - Le début est le plus souvent insidieux : 59 % des tumeurs sont diagnostiquées alors que les symptômes duraient depuis 3 ans.

b) - La symptomatologie est pauvre : 2 signes surtout :

. les hémorragies de sang rouge (76 % des cas) souvent peu abondantes et mises sur le compte d'hémorroïdes fréquemment retrouvées.

. les écoulements glaireux sont les seuls caractéristiques 56,2 % des cas, surtout dans les localisations rectales,

. faux besoins, constipation, ténesmes, épreintes sont des signes contingents.

. parmi les accidents aigus, révélateurs :

2 prolapsus de la tumeur à travers le sphincter.
1 invagination colo-colique sur la tumeur
1 occlusion intestinale aigue.

c) - L'état général est souvent bien conservé.

d) - Le toucher rectal doit être attentif si l'on ne veut pas méconnaître ces tumeurs molles, dépressibles fuyant sous le doigt.

La ractoscopie souvent gênée par l'émission de glaires reste l'examen essentiel.

La biopsie en plusieurs points de la tumeur la complète.

e) - Le lavement baryté permettra seul de déceler les tumeurs villeuses haut situées.

V - Formes cliniques :

2 cas de tumeurs villeuses avec troubles hydroelectrolytiques ont permis un bref rappel de la symptomatologie de ce type de tumeurs.

VI - Diagnostic :

Il est centré sur la biopsie,

Celle-ci n'est pas toujours fidèle.

Sur 54 tumeurs villeuses, 22,2 % d'erreurs sont relevées dans notre étude.

La difficulté d'interprétation explique que l'on ait peu recours à l'examen extemporané . Mieux vaut multiplier les biopsies en préopératoire qui doivent dans la mesure du possible intéresser la base de la tumeur.

Il ne s'agira malgré tout que d'un examen limité : on conçoit les réserves qui doivent être de mise quand on sait que le franchissement de la musculaire muqueuse peut être localisé. Seul l'examen de toute la pièce permettra de trancher.

VII - Le traitement :

1 - La radiothérapie de contact et l'électrocoagulation furent peu utilisées dans nos observations.

Elles sont d'ailleurs apparues grevées d'un pourcentage élevé de récidives.

2 - En matière de chirurgie, il faut opposer aux exérèses tumorales simples les exérèses coliques larges dont les modalités sont liées au siège et au type histologique de la tumeur.

3 - Les résultats sont envisagés dans les différents groupes en fonction des diverses interventions.

a) - Dans le groupe A :

- 44,7 % des tumeurs furent traitées par exérèse simple par les voies naturelles ou par voie abdominale. Mortalité opératoire nulle.

A Cinq ans : 33,3 % de récidives dont 2/3 malignes

- 47,2 % des tumeurs furent enlevées par résection colique par voie abdominale pure et plus rarement par amputation trans-anale (type BABCOCK, TOUPET). Mortalité opératoire, 5,5 %

A cinq ans : 12,5 % de récidives dégénérées (1/8)

- l'amputation abdomino-périnéale fut réservée aux récidives malignes bas situées.

- Dans l'ensemble sur 38 malades traités, 4 ont été perdus de vue, 3 sont décédés, 31 sont bien portants en janvier 1964 (soit 81 %)

Sur ces 31 malades suivis : 7 récidives (4 bénignes, 3 malignes), (7 récidives dont 2 après électrocoagulation et radiothérapie de contact), curables par réintervention (22,5 %)

b) - Dans le groupe B, du fait de l'incertitude de la biopsie :

La tendance a été aux exérèses larges (76,4 %)

- Les résections coliques par voie abdominale pure ont donné 20 % de récidives malignes (1/5). Mortalité opératoire nulle.

- BABCOCK et TOUPET : deux cas, deux bons résultats à 5 ans.

- Les amputations abdomino-périnéales ont été pratiquées pour des tumeurs bas situées présumées dégénérées ou pour des récidives. Un seul malade a été suivi plus de 5 ans, et est bien portant en 1964.

- Les exérèses larges ont donné dans l'ensemble 71,4 % de guérisons à 5 ans.

- 3 exérèses tumorales simples ont été faites, une seule a un recul de 4 ans.

- Au total sur 15 malades traités 3 furent perdus de vue après l'opération, 1 décès post-opératoire, 11 sont bien portants en

1964 (soit 73,3 %) dont 2 après récidive maligne (18,1 %),(1 récidive après radiothérapie de contact).

c) - Le traitement des tumeurs dégénérées du groupe C est assimilé à celui des cancers de la région :

- la mortalité opératoire des exérèses larges (13 cas) est de 7 %.

Les résultats à 5 ans sont médiocres :

- 40 % bien portants en janvier 1964
- 60 % de récidives (dont 2/3 décédés)

- les exérèses simples qui ont été pratiquées par erreur de la biopsie ont récidivé dans 60 % des cas. Pas de recul à 5 ans.

4 - Le pronostic des tumeurs des groupes A et B paraît donc dans l'ensemble relativement favorable. Contrairement aux données classiques, la gravité des tumeurs du groupe C est apparue certaine et proche de celle des cancers de la région.

5 - La tendance générale du traitement, telle qu'elle apparaît dans cette statistique, est aux exérèses chirurgicales larges, la résection par voie abdominale pure étant l'idéal chaque fois que le siège de la tumeur le permet.

L'exérèse simple par les voies naturelles reste indiquée, malgré son risque de récidive, dans les tumeurs villeuses bas situées. des groupes A et éventuellement B, à condition qu'elle puisse être réalisée correctement. Par contre le sacrifice sphinctérien nécessité par une amputation large paraît disproportionné pour ces tumeurs bénignes. Reste l'amputation trans-anale type BABCOCK qui ne mérite pas le discrédit de ces dernières années, et offre une ressource très valable pour enlever largement une tumeur villeuse suspecte trop importante pour être otée par les voies naturelles, trop basse pour une résection par voie abdominale pure.

Il est certain qu'une exérèse biopsie de toute la tumeur avec examen histologique de toute la base d'implantation joint à l'étude du rapport histophotométrique, permettrait de poser avec plus de rigueur les indications opératoires. Pour les tumeurs bas situées et aisément accessibles à la chirurgie, l'exérèse chirurgicale simple pourrait constituer un premier temps opératoire, complété par une exérèse large secondaire si nécessaire. Bien que nécessitant parparfois deux interventions, cette attitude permettrait seule d'éviter le double écueil de faire trop ou trop peu.

VIII - L'impression générale que nous avons pu retirér de cette étude, serait donc favorable pour les tumeurs villeuses des groupes A et B, défavorable et plus que nous ne l'attendions pour les tumeurs dégénérées.

C'est repéter la nécessité du traitement immédiat de toute tumeur villeuse diagnostiquée.

oOo

Vu le Président de Thèse

Professeur J. PATEL

Vu le Doyen de la Faculté

Professeur G. CORDIER

Vu, et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

J.. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

D'ALLAINES F., DUBOST Ch. -

Le traitement des tumeurs villeuses d'un rectum.
Arch. Mal. App. Dig., nov. - déc. 1949, 38, n° 11/12, 1096 - 1114, 3 fig. (Bibliograp.)

ARBOGAST M. -

Contribution à l'étude des tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde (A propos de 13 observations).
Lyon méd., 25 nov. 1962, n° 47, 1093 - 1094.

ARNOUS J. et PARNAUD E. -

Etude clinique, endoscopique et radiologique des adénomes du rectum sigmoïde.
Arch. Mal. App. Dig., 1961, 50, n° 9, 1 - 13.

BACON H.E., LOWWEL E.J. Jr, et TRIMPI H.D. -

Les papillomes villeux du colon et du rectum. Etude de 28 cas et résultats définitifs du traitement après 5 ans.
Surgery, janv. 1954, 35, n° 1, 77 - 87, 6 fig., (Bibliog. en anglais).

BAREKHAN W.H. -

Adénome villeux du colon rectosigmoïdien et du sigmoïde. Rapport de 2 cas.
Radiology, fév. 1963, 80, n° 2, 217 - 221 (Bibliog.).

BAUREL J. -

Diagnostic des tumeurs villeuses du rectum.
Sem. Hôp. Paris, 26 sept. 1957, 33, n° 54, 3185 - 3186.

BENSAUDE A. -

Polype de l'enfant.
J. Chir., sept. 1961, 82, n° 222.

BERNAY P., HOUVER A. et BAYON de NOYER -

Tumeur villeuse hypersécrétante avec troubles électrolytiques mortels.
Arch. mal. app. Dig., juil. - août 1962, 51, n° 7 - 8, 914 - 918 (Bibliog.)

BERTRAND P., FEROLDI J. et LOMBART-PLATET R. -

Les tumeurs villeuses du gros intestin.
Lyon chir., mars 1962, 58, n° 2, 171 - 193, 11 fig.

BROCQ P., OURY P. -

Tumeurs villeuses du sigmoïde.
Arch. Mal. App. Dig., mai 1952, 41, n° 5, 566 - 570, 1 fig.

CARASSO R., ACAR J-F., SULTAN et VESIN P. -

Syndrome de déperdition électrolytique par tumeur villeuse du rectum.
Arch. Mal. App. Dig. juin 1960, 49, n° 6, 758 - 769, 5 fig. (Bibliog.)

CAREY R.J. et BURBANK C.B. -

Adénome villeux muco-secrétant du côlon à manifestation clinique de collapsus circulatoire.
New England, J. Med., 20 sept. 1962, 267, n° 12, 609 - 612 (Bibliog.).

DAVIS J.E., SEAVEY P.W. et SESSIONS J.T. jr. -

Adénomes villeux du rectum et du côlon sigmoïde avec perte sévère de liques et d'électrolytes.
Ann. Surg. mai 1962, 155, n° 5, 806 - 816 (Bibliog.).

DAWSON I.M.P. -

Papillome villeux du rectum avec formations giganto-cellulaires.
Proc. Roy. Soc. Méd., sept. 1961, 54, n° 9, 723.

DEBRAY Ch. et coll.

Nouveau cas de tumeur villeuse du rectum avec importante déperdition hydro-électrolytique.
Presse méd. 30 janv. 1963, 71, n° 5, 223 - 226, 7 fig. (Bibliog.).

DELEPIERRE A. et SOOTS G. -

A propos des tumeurs villeuses du rectum et du sugmoïde.
Ann. Chir. (suppl. Sem. Hôp.) juil. 1958, 12, n° 13 - 14, C. 769 C. 773.

DREESE W.C., GRADINGER B.C., HELLWIG C.A., WELCH J.W. et Mc CUSHER E.N. -

Tumeurs villeuses du rectum et du sigmoïde.
Surg. Gyn. Obst., août 1962, 115, n° 2, 182 - 186.

DOMART A. et POILLEUX F. -

A propos d'un nouveau cas de tumeur villeuse recto-sigmoïdienne avec déperditions électrolytiques.
B.M. Soc. méd. Hôp. Paris, 1962, 113, n° 2, 156 - 157 (Bibliog.).

DUBARRY J.J., DARMAILLACQ 9 085 R., TOURNERIE J., AMOURETTI M. et CLER -

Tumeur villeuse du rectum avec fuite électrolytique à traduction psychiatrique.
Arch. Mal. App. Dig., mai 1963, 52, n° 5, 569 - 571.

DUBARRY J.J. et GROS CH. -

Tumeur villeuse sessile du rectum en voie de cancérisation, indication particulièrement heureuse de la radiothérapie de contact.
Arch. Mal. App. Dig., janv. fév. 1949, 38, n° 1 / 2, 103 - 107.

ENTERLINE H.R., EVANS G.W., MERCADO, MILLER L., FITTS W. -

Malignant potential of adenomas of colon and rectum.
J.A.M.A. fév. 179 n° 5, 322 - 330.

EWING M.R. -

Les tumeurs villeuses du rectum.
Ann. Roy. Col. Surg. England, juin 1950, 6, n° 6, 413 - 441, 10 fig., (Bibliog.)

FAIN S.N. et SLAVIN Y.M. -

Tumeurs villeuses du rectum et du gros intestin.
Khirourguia (Moscou), oct. 1963, n° 10, 95 - 103, 7 fig. (Bibliog.).

FASSIO E. -

L'invagination sigmoïdo-rectale intermittente de certaines tumeurs villeuses du sigmoïde. Ses incidences cliniques et thérapeutiques.

Sem. Hôp. Paris, 14 - 20 sept. 1962, 38, n° 50 - 51, 2822 - 2823.

FERGUSSON, JAMES A. -

Le traitement des tumeurs villeuses du rectum.
Int. Surg. Dig. mars 1958, 65, n° 3, 165 - 167.

FINDLAY C.W. Jr. et O' CONNOR T.F. -

Adénomes villeux du gros intestin associés à une fuite des liquides et des électrolytes.
J.A.M.A., 6 mai 1961, 176, n° 5, 404 - 408 (Bibliog.).

FISHER E.R. et CASTRO A.F. -

Polypes papillomateux diffus (tumeurs villeuses) du côlon et du rectum. Observations pathologiques et cliniques.
Ann. Surg. fév. 1953, 85, n° 2, 146 - 151, 8 fig.

FLEURY M., DHERS A. et GALLOIS P. -

Intérêt et limite de l'exploration radiologique d'une tumeur villeuse recto-sigmoïdienne.
J. Radiol. Electrol., nov. 1961, 42, n° 11, 700 - 702, 5 fig.

FRANCILLON J. -

Les tumeurs villeuses du colon.
Entretiens de Bichat (Chirurgie et Spécialités), 1960, 59 - 64.

FREUND N.L. -

Les tumeurs villeuses du rectum.
Am. J. Surg., nov. 1955, 873 - 876 (Bibliog.).

FRYE th. R. -

Adénome villeux du sigmoïde.
Radiology, juil. 1959, 73, n° 1, 71 - 75, 4 fig. (Bibliog.).

CONRARD L. -

A propos de 4 tumeurs villeuses bénignes du rectosigmoïde guéries par électrodestruction.
Arch. Mal. App. Dig., av. 1962, 51, n° 4, 487 - 489.

HENSHALL G.K. JR -

Présentation d'une forme inhabituelle de tumeur villeuse du colun. Revue de la littérature concernant les tumeurs villeuses.
Am. J. Roentgenel., déc. 1960, 84, n° 6, 1105 - 1113, 7 fig. (Bibliog.).

HERMAN C. -

A propos de 2 cas de tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes avec déséquilibre hydro-électrolytiques.
Thèse Paris 1961, n° 981, 43 pages.

HILLEMEND P. et AL -

Polype du rectum. Radiothérapie de contact. Cancer du rectum.
Arch. Mal. dig., mars avril 1948, 38, n° 3 / 4, 2046 205 .

HINES M.O., HANLEY P.H. et SCHRAMEL R. -

Les tumeurs villeuses du colon et du rectum. Expérimentation clinique de 37 cas.
Southern. Med. J., sept 1955, 48 : 891 in Internat. Surg. Dig., nov. 1955, 60, n° 5, 309 - 312.

HOPPING R.A. -

Le traitement des papillomes villeux des portions inférieures du sigmoïde et du rectum.
J. Internat. Coll. Surgeons, mars 1956, 25, n° 3, 374 - 378 (Bibliog.).

HOFFMAN E. -

Hyponatrémie due à un adénome villeux du recto-sigmoïde.
Am. J. Surg., juil. 1959, 98, n° 99 - 104 (Bibliog.).

JORDAN G.L. et ERICKSON E. -

Papillome villeux du rectum avec déplétion aiguë de liquides et d'électrolytes.
Arch. Surg., août 1958, 77, n° 2, 248 - 252.

GRINNEL R.S. et LANE -

Bening and malignant adenomatous polyps and papillary adenomas of the colon and rectum. An analysis of 1856 tumors in 1335 patients.
Surg. Gyn. of June 1958, 106, n° 6, 519 - 538.

LAMBLING A.

Tumeurs villeuses.
Thèse 1928.

LAUMONNIER R. et LAQUERRIERE R. -

L'utilisation de l'histophotométrie dans les tumeurs épithéliales bénignes du rectum.
Arch. Mal. App. Dig., sept. 1961, 50, n° 9 bis, 42 - 54 (Bibliog.).

LEE H.C. et KAY S. -

Les tumeurs papillaires du rectum.
Ann. Surg. juin 1956, 143, n° 6, 780 - 790, 13 fig. (Bibliog.).

LOMBARD-PLATET R. -

Contribution à l'étude des tumeurs villeuses du gros intestin.
Lyon méd., 28 fév. 1960, n° 9, Thèse Lyon 1959, 95 pages, 587 - 588.

MOUCHET A., MARQUAND J., GORSE J., GAUSSEN L., SAMSOEN M. -

A propos de 25 cas de tumeurs villeuses du rectum et de la fonction recto-sigmoïdienne.
Arch. Mal. App. Dig.

MORAN T.F. -

Le traitement chirurgical des tumeurs villeuses du rectum.
J. Internat. Coll. Surgeons, août 1957, 28, n° 2, 227 - 233, (Bibliog.). Résumé français.

NEGRE E. et VIDAL J. -

Complications des tumeurs villeuses du colon sigmoïde.
Ann. chir., nov. 1958, 12, n° 21 - 22, 1235 - 1237.

NELSON S.W. -

Adénome villeux du colon.
Am. J. Surg., juil., 1962, 104, n° 1, 120 - 123, (Bibliog.).

PARTURIER - LANNEGRACE (Mme) -

A propos de la radiothérapie de contact dans les tumeurs villeuses du rectum.
Arch. Mal. App. Dig., mai-juin 1949, 38, n° 5 / 6, 356 - 359, 1 fig.

PARTURIER - ALBOT M. (Mme) - BOULAY M.J. et MIANSAROWW H. (Mme) -

A propos de l'aspect morphologique des adénomes du recto-sigmoïde, de leur diagnostic macroscopique différentiel avec les épithéliomas polypoïdes et de leur éventuelle transformation maligne.
Arch. Mal. App. Dig., sept. 1961, 58 n° 9 bis, 91 - 94.

POIRIER A. et HOUDARD Cl. -

Traitement des polypes rectaux et recto-sigmoïdes.

Arch. Mal. App. Dig. sept. 1961, 58, n° 9 bis, 55 - 68.

POIRIER A. et POIRIER S. -

Que peut-on attendre du traitement des tumeurs villeuses du rectum par électro-chirurgie ?
Gaz. méd. France, nov. 1953, 60, n° 21, 1101 - 1109, (Bibliog.).

RABINOWITZ P., FARBER M. et FRIEDMAN I.S. -

Syndrome de déplétion dans un adénome villeux du rectum.
Arch. of Int. méd., mars 1962, 109, n° 3, 265 - 269 (Bibliog.) .

RAMIOUL H. et CRISMER R. -

Le traitement des tumeurs villeuses recto-sigmoïdiennes par la roentgenthérapie de contact.
J. Radiol. Electrol., 1949, 30, n° 5 / 6, 321 - 322.

RANOWITZ P., FABER M., FRIEFMAN J. -

A depletion syndrom in villous adenoma of the rectum.
Arch. of Intern. med. mars 1962, 109, n° 3.

RUDMAN I., OTTO C. et NOVOTA O.J. -

Papillome villeux du rectum responsable de pertes importantes en électrolytes.
Arch. Surg. juil. 1960, 81, n° 1, 140 - 142.

RYAN J.E. -

Les tumeurs villeuses du rectum au-dessous du repli péritonéal.
Am. J. Surg., nov. 1953, 86, n° 5, 535 - 538. (Bibliog.).

SENEQUE J. et CHATELIN Cl. -

Tumeurs villeuses des côlons.
J. Chir. juin, juil. 1958, 76, n° 1, 13 - 30, 12 fig.

SCHAPIRO S. -

Les papillomes villeux du côlon et du rectum ; traitement de choix.
J. inter. Coll. Surgeons, déc. 1958, 30, n° 6, 809 - 810 (Texte anglais).

SHNITKA Th., FRIEDMAN M.H.W., KIDD E.G. et Mac KENZIE W.C. -

Les tumeurs villeuses du côlon et du rectum caractérisées par une perte hydro-électrolytique sévère.

Surg. Gyn. Obst., mai 1961, 112, n° 5, 609 - 621, 7 fig. (Bibliog.).

SOULLARD J., POTET F., DUPREY F., FERRIER J.T. et LAMBLING A. -

Evolution et pronostic des polypes recto-sigmoïdiens. Arch. Mal. App. Dig. 1961, 50, n° 94, 26 - 41.

STARR A., MUELLER S. et Mc KITTRICK J.R. -

Adénome villeux du côlon associé à une hypotassémie légère.
Arch. Surg., déc. 1956, 73, n° 6, 995 - 998 (Bibliog.).

THIBERT F. et PROULX J. -

Les tumeurs villeuses hypersécrétantes du rectum. Union méd. Canada, juillet 1963, 92, n° 7, 758 - 762. (Bibliog.).

TOURNEUR R. et TOURNEUR-FAVRE M. -

Les adénomes et polypes du rectum. Etude histopathologique. Arch. Mal. App. Dig., sept. 1961, 50, n° 9 bis, 26 - 41.

VANTRAPPEN G., KOUMANS J. et VANDENBROUCKE J. -

Hypopotassémie et tumeurs villeuses du rectum. Acta gastro-entérol. belg., oct. 1961, 24, n° 10, 577 - 582 (Bibliog.).

WALTERS G., MONKS P.J.W. et CHITTY K. -

Troubles métaboliques dus à un papillome villeux du rectum. Brit. J. Surg., sept. 1959, 47, n° 202, 177 - 178. (Bibliog.).

WHEAT Jr. M.W. et ACKERMAN L.V. -

Les adénomes villeux du gros intestin. Ann. Surg., av. 1958, 147, n° 4, 476 - 487, 16 fig. (Bibliog.).

oOo

- 8 RUE DANTE - PARIS V^e -